



293
يونيو
2003

سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت

الوسواس القهري

من منظور عربي إسلامي

تأليف: د. وائل أبوهندي

هذا الكتاب

هذا الكتاب هو أول كتاب باللغة العربية (بهذا الشكل والمضمون)، عن اضطراب الوسواس القهري الذي تشير أقل التقديرات إلى أنه يصيب ما لا يقل عن ستة ملايين إنسان عربي، حيث إنه يصيب واحدا من كل خمسين من البشر على مستوى العالم، وتشير متابعة الدراسات العلمية عن معدل انتشاره إلى زيادة مطردة، على مستوى العالم أيضا. ويتناول المؤلف قضية الخلط الموجود لدى الكثيرين من العرب المسلمين ما بين الوسواس الخناس والوسواس القهري، محاولا تصحيح الكثير من المفاهيم الخاطئة الشائعة في مجتمعاتنا، وكيفية التفريق بين ما هو من فعل الشيطان الرجيم، وما هو اضطراب نفسي له علاج دوائي أو معرفي سلوكي، خاصة أن كلا من المعنى اللغوي والمعنى الديني للوسوسة معروف ومشتهر بالشكل الذي يجعل الكثيرين من علماء الدين ومن الناس العاديين يخلطون بين الأمرين. ويمتاز الكتاب، فضلا عن كونه الأول في مجاله في المكتبة العربية، بطريقة عرض مبسطة تجعله مشوقا لكل من القارئ العادي والمتخصص على السواء.

مشكلة اضطراب الوسواس القهري أنه كثيرا ما يعتبره المريض سرا يخفيه بينه وبين نفسه، لأنه يخجل من أعراضه أو يخاف أن يعتبرها الناس علامة على جنونه، أو قلة ثقته بنفسه أو قلة دينه أو استسلامه للشيطان، فضلا عن أن كثيرين من مرضى الوسواس القهري لا يعرفون أنهم مرضى، فهم على رغم معاناتهم التي كثيرا ما تكون متصلة على مدى السنوات، يحسبون أن الله سبحانه وتعالى خلقهم على هذا الشكل، وأن صفاتهم الغريبة تلك هي صفات غير موجودة عند أحد سواهم. ويحرص المؤلف في أكثر من موضع على الاهتمام ببيان إسهامات الباحثين العرب المعاصرين الذين قاموا بدراسات علمية «طبنفسية» عن اضطراب الوسواس القهري والنتائج التي توصلوا إليها في أربع دول عربية هي: مصر والكويت والسعودية والبحرين. كما يبرز إسهامات وأفكار علماء العرب القدامى، مبينا تأثيرها الذي لا يدري به أحد اليوم في توجهات العلم الحديث، كما يعرض الكتاب التواريخ المرضية لتسع وثلاثين حالة وسواس قهري من المرضى العرب موزعة بحيث تسهم في إيصال الفكرة للقارئ العربي.

رقم الإيداع (٢٠٠٣/٠٠٠١٠)
ISBN 99906-0-106-2

عالم المعرفة
سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت
صدرت السلسلة في يناير 1978 بإشراف أحمد مشاري العدواني 1923-1990

293

الوسواس القهري

تأليف: د. وائل أبوهندي



الوسواس القهري

طبع من هذا الكتاب ثلاثة وأربعون ألف نسخة
مطابع السياسة - الكويت

ربيع الآخر ١٤٢٤ - يونيو ٢٠٠٣

المحتوى

المحتوى


المحتوى
المحتوى

مقدمة المؤلف

كانت كتابة كتاب باللغة العربية عن الوسواس القهري فكرة تراودني منذ أكثر من سبع سنوات، أي من قبل حصولي على درجة الدكتوراه، وربما كان انشغالي بالأخيرة سببا كنت أقدمه لنفسي لأرجئ العمل، لكنني بعد خمس سنوات من الحصول على الدرجة بدأت العمل، وكان للموقف الأمريكي بعد الحادي عشر من سبتمبر دور كبير في شحذ همتي، لأنني شعرت بأن علي وعلى كل يقظ في بلادنا العربية أن يحدد موقفه من كل شيء. وما كدت أبدأ العمل حتى شعرت بأن الأمر أصعب بكثير من كل ما تصورت ويبدو أنني كنت أحس بذلك على مستوى ما من وعيي الدفين، وكنت أرجئ العمل لذلك! لكنني على كل حال كنت قد بدأت الكتابة بالفعل وكان لابد بإذن الله من إنهاء ما بدأت.

المشكلة التي تواجهني في الحقيقة هي أنني أريد أن أكون عربيا مسلما، ما استطعت، في كتابتي لهذا الكتاب، ولا أريد أن أتكلم الإنجليزية بالعربية كما كنت عند مناقشة أي موضوع علمي قبل ذلك، وكما هي حال معظم من يكتبون أو يتكلمون في الطب بوجه عام. وليس هذا لأنني

«سأحاول أن أضع القديم الذي يخصنا مع الجديد الذي نحن أجدر به».

المؤلف

أرفض الطب الغربي بقدر ما هو لأنني أريد طبا نفسيا عربيا، ومن يُرِدْ فكرا عربيا خالصا في أي منحى من مناحي العلم اليوم، خارج كتب الدين والنحو والصرف والبلاغة وما شابه، فإنما يبحث في الثلوج القطبية عن قطرة ماء دافئ! أيا كانت الحال فأنا لا أريد إلا أن أتحدث لغة قومي لأنني كما يقول عبد الوهاب المسيري (عبدالوهاب المسيري ٢٠٠١) «قررت أن أتحدث لغتي وألا أتحدث لغة الآخرين، وإلا أصبحت ببغاء في أسوأ تقدير، وقردا في أحسنه»!، من يستطيع الآن أن يجد كتابا يكتبه طبيب عربي يتكلم بالعربية طبا عربيا؟ كل الكلام الموجود هو تكرار لما يقال بالإنجليزية أو الفرنسية أو الروسية إلى آخره... أو هو نظرات إلى ما كان لدينا، أو ما هو لدينا، بعيون أو عقول هزمها الزحف الفكري الغربي، فراحت تقيسنا بمقاييسه وتقارن بيننا وبين الغرب، فترانا في أحسن الأحوال كنا نفكر كما يفعلون الآن، وكان لنا فكر يزحف كما يزحف اليوم فكر الغرب في كل اتجاه، لكن أحدا لا يرى أننا نستطيع اليوم - إن استطعنا - أكثر من محاولة اللحاق بالغرب! وأنا في الحقيقة أرى غير ذلك، وأرى أننا يجب أن نرى جميعا غير ذلك، وعلى الأقل حتى كأطباء نفسيين لأننا نعالج نفوس أناس غير الذين نشأ الطب الغربي لعلاجهم؛ فلا يمكن بالتالي أن أتعامل مع النفس العربية بكل ما تحتويه من خصائص وثراء ثقافي عربي بالكلمات نفسها التي يتكلم بها الطبيب الإنجليزي أو الفرنسي أو الأمريكي عن نفوس مرضاه. وفكرة أن العلم واحد ليست إلا فكرة خادعة نتجت عن غرور الغرب وتكبره، سواء كان ذلك واعيا أو غير واع، ثم إنه حتى إذا سلمنا بأن العلم علم عالمي واحد هو العلم الغربي فإن الطب النفسي هو بالحتم استثناء تفرضه خصوصية الإنسان العربي، ثم إن المرض النفسي لم يكن غير موجود أيام الأطباء العرب القدامى، ولا كان علم النفس ولا طب النفس من مبتدعات الحضارة الغربية كما يحسب كثير من عامة الناس والمثقفين على حد سواء(!)، فنحن عبر فترة زمنية طويلة استوردنا العديد من المفاهيم والقيم التي جعلت الذات الأصيلة غائبة، ففقدنا محكات التقييم الجيد، وفقدنا الذات المرجعية التي تمكننا من تحديد تميزنا عن الآخر، وأصبحنا كما يذهب المسيري (عبد الوهاب المسيري ١٩٨٩) ندرك واقعنا من خلال نماذج معرفية مستوردة فيما أسماه المسيري بالتبعية الإدراكية، ونحن بسبب سرعة التقدم العلمي المعاصر، مع إحساسنا بالدونية الحضارية، يتزايد ميلنا إلى استيراد العلم، لأنه يظل

هدفا بعيدا متحركا يجذبنا إليه، ونظل نلهث وراءه من دون أن نجد اللحظة الكافية للتوقف وتقييم واقعنا (محمود الذاودي ١٩٨٦)، ولقد رأينا الفارابي ومدرسته في ميدان العلم والمعرفة ينقلون فلسفة أرسطو المادية إلى الفكر العلمي الإسلامي، وبعد أن طبعوها بطابع إسلامي، كما رأينا من بعدهم توما الإكويني يأخذها من الفارابي وينزع، عن فلسفة أرسطو، طابعها الإسلامي كيما يطبقها على المجتمع المسيحي الذي كان يتهيأ بدوره للنشوء والارتقاء، ولكن العقل العربي متوقف عن الإبداع منذ قرون طويلة، لأنه لم يفق بعد من صدمة انبهاره بالحضارة الغربية ومنجزاتها مما جعله مع الأسف عقلا قابلا للاستعمار(!)، كما ذهب مالك بن نبي (مالك بن نبي ١٩٨١) منذ أكثر من ٥٠ عاما، ولا أرى الوضع تغير إلا قليلا.

وعلم النفس ربما وجد جماعة من المجاهدين بفكرهم، أمثال محمد عثمان نجاتي وعبد الحليم محمود السيد، وقد عني كل منهما بموضوع الأصول الإسلامية لعلم النفس ولكن الطب النفسي لم يحظ بعد بمثل ذلك الجهاد(!) وأنا لا أدعي لنفسي أن أكون المارد الذي سيفعلها، وإنما أحلم وأحاول أن أنال ولو حتى شرف النداء عليه بصوت عال، ونحن في عالمنا العربي الإسلامي اليوم في أمس الحاجة إلى منهج بديل للعلوم الاجتماعية والطبية السائدة كلها وللطب النفسي السائد بوجه خاص، والمنهج الذي أقصده هو المنهج النابع من تراثنا نحن، ومن ثقافتنا نحن، ومن تحيزاتنا نحن، لأن المناهج السائدة اليوم كلها إنما تعبر عن فكر الآخر وتحيزات الآخر، وكل ذلك إنما هو ناتج عن تأخرنا في النهوض بعد صدمة الانبهار بالآخر التي لم تفق المجتمعات العربية منها بعد، فكما يرى رفيق حبيب (رفيق حبيب ١٩٩٨) فإن مرحلة الانبهار بالآخر عندنا طالت أكثر مما ينبغي، ومازال العلم عندنا يقاس بالنقل لا بالإبداع، ويقاس بالتقليد لا بالاختلاف، وهي مرحلة تاريخية حتمية تواكب لحظات التأخر بحيث ينجذب العقل إلى من هم أكثر تقدما، ولكن الدخول في مرحلة متقدمة يتلازم مع تجاوز مرحلة الانبهار المراهق، إلى مرحلة التمرد على الحضارة السائدة ونقدها وتجاوزها بإبداع جديد.

وما أحب قوله في صدر هذا الكتاب كثير، بل أنا أحس أنني أريد أن أقوله كله في الصدر نفسه! لكن أحب شيء لدي أن أقول إننا نحن الأطباء النفسيين العرب والمسلمين نستطيع أن نفكر وأن نبدع وأن نسبق غيرنا كما

نستطيع أن نفكر بعقول مستقلة عن الغرب. ويحضرني في هذا المقام ما لا أنساه لأستاذي الطب النفسي المصريين «عمر شاهين» - رحمه الله - و«يحيى الرخاوي» في شرحهما للوسواس القهري الذي قرأته في كتابهما «ألف باء الطب النفسي» الصادر عام١٩٧١ من تشبيه للوسواس القهري بمرض باركينسون، أو الشلل الرعاش والذي سبقا به (على استحياء) المفكرين في الغرب، فقالا بالإنجليزية في النص الذي أمامي Shaheen & Rakhawy 1971): « ... ويعتبر الكاتبان بعض حالات الظواهر القهرية مظاهر لاعتلال النظام الخارج الهرمي Extrapyramidal System تشبه مرض باركينسون على المستوى العقلي لأن مرض باركينسون والظواهر القهرية يشتركان في عدة صفات مثل:

(١) التصلب أو التيبس Rigidity في مرض باركينسون وتقابله الفكرة «اللا مرنة» من حيث عدم القدرة على تغييرها في الوسواس القهري.

(٢) التسيير الدفعي Propulsion «العجز عن وقف الحركة» في مرض باركينسون ويقابله العجز عن وقف الفكرة في الوسواس القهري.

(٣) كما أن الأعراض في كلا المرضين تعيد نفسها ضد إرادة الشخص.

(٤) وكلا المرضين: يقاوم العلاج.

ويستكمل الكاتبان: «ورأينا هذا قد يجد لنفسه الدعم في المفهوم الذي يرى أن للظواهر القهرية تمركزا في الدماغ المتوسط، وأن تأثير اضطراب هذه المنطقة من المخ البشري هو نماذج سلوكية معينة قد تكون في السلوك العقلي أو الحركي، وذلك حسب استعداد الشخص النفسي أو البيئي». وهذا الذي قاله أستاذاي في أواخر الستينيات هو ما تقام الدراسات الباهظة الثمن الآن لإثباته باستخدام التصوير الطبقي للدماغ بقذف البوزيترون Positron Emission Tomography، فقد أصبح التصور العلمي الأحدث الآن، ومنذ ما يقل عن العقد من الزمان، لاضطراب الوسواس القهري هو أنه اضطراب سلوكي ينشأ عن خلل في دائرة عصبية بين النوى القاعدية Basal Ganglia «في الدماغ المتوسط Diencephalon»، وبين بعض أجزاء من قشرة الفص الأمامي أوالجبهي للمخ Frontal Cerebral Cortex، وهم بالطبع لا يذكرون في هذه الدراسات كيف بدأ التفكير في علاقة النوى القاعدية بالوسواس القهري إلا أنه لوحظ بعد وباء الإنفلونزا الذي انتشر عام

١٩٠٠وتبعه حدوث حالات التهاب المخ الفيروسي الذي كان الشلل الرعاش Postencephlitic Parkinsonism واحدا من مضاعفاته في كثير من الحالات، ولوحظ حدوث أعراض نفسية كثيرة وأعراض كعصاب الوسواس القهري في تلك الحالات. إلا أن البداية كانت أن ألكسندر وآخرين .Alexander et al 1986 افترضوا عام ١٩٨٦ أن النوى القاعدية Basal Ganglia إنما تمثل مجموعة من الحلقات المتوازية ما بين الجسم المخطط Striatum والكرة الشاحبة Pallidum والمهاد Thalamus والقشرة المخية Cerebral Cortex، وأن كل حلقة من هذه الحلقات يمكن أن تعمل للتحكم في النشاط الحركي أو في الأنشطة المعرفية والشعورية المختلفة، ويذكرون بعد ذلك وايس ورابوبورت Wise & Rapoport,1989 اللذين وضعا نموذجا مفترضا لحلقة بين النوى القاعدية وقشرة المخ وركبوا عليه تصورهم لما يحدث في اضطراب الوسواس القهري. وفي أيامنا هذه ما تزال تقدم النماذج المفترضة للدوائر العصبية للوسواس القهري في أحدث الدوريات العلمية ويطرح السؤال في امتحانات الدكتوراه ويحفظ الأطباء النفسيون العرب المتقدمون للامتحان كلامنا ونتاج فكرنا على أنه كلام الغرب ونتاج أبحاثه المذهلة التقدم، ولا يعرف الأغلبية أنهم يفعلون ذلك.

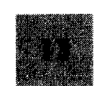
ويقول محمد عماد فضلي في بحثه عن التحيز للنموذج الأوروبي الغربي في العلوم الطبية، كما يتمثل في تصنيف الأمراض العصبية والنفسية: إن قوائم هذه التصنيفات، كما وضعتها الهيئات الغربية، متعسفة ومسرفة في العمومية، ولا تنطبق على كثير من الأمراض الشائعة في بلادنا، ويبين خطورة اعتماد هذه التصنيفات في تدريس المقررات الجامعية وفي رسائل الدكتوراه والماجستير وجميع الأبحاث (محمد عماد فضلي ٢٠٠١). وكم يذكرني ذلك بالمحاولة التي قام بها أساتذة الطب النفسي في مصر في منتصف السبعينيات من القرن الماضي عندما أصدروا التقسيم التشخيصي المصري للأمراض النفسية «الدليل التشخيصي للأمراض النفسية DMP-I (الجمعية المصرية للطب النفسي، ١٩٧٩) إلا أن التقسيم المصري الأول هذا الذي كان ينتظر أن يصبح التقسيم العربي الأول للأمراض النفسية لم يتكرر ولم يتكرر! لا لعيب فيه وإنما لعيب فينا نحن العرب، وظلت مدرسة الطب النفسي في القصر العيني تدافع عن هذا التقسيم، ولعل أكثر

المتحمسين له كان الدكتور يحيى الرخاوي، ولكن التيار الذي كان يواجهه من الآخرين المتحمسين للتقسيم الأمريكي كان كاسحا بشكل جعله يقف وحيدا حتى زمن قريب.

وأما ما لا يمكن إغفاله في هذه المقدمة فهو البحث الذي هداني الله إليه وأنا أقترب من إتمام ثلثي كتابي هذا. ولم يكن وجود مثله يخطر لي على بال بعد جهد من السؤال الذي كنت أقابل به كل زميل وكل أستاذ وكل تلميذ من الأطباء النفسيين على مدى ستة أشهر، وقد تزيد. وهو سؤال: «هل هناك دراسات أو كتب عربية باللغة العربية عن الوسواس القهري؟». بعد كل ذلك هداني الله إلى دراسة لمصطفى السعدني (مصطفى السعدني، ٢٠٠٢) عنوانها: «تاريخ اضطراب الوسواس القهري بمنطقة الشرق الأوسط». هذه هي الدراسة العربية الوحيدة التي وجدت فيها من سبقني إلى الاهتمام باضطراب الوسواس القهري في منطقتنا العربية، وفي حضارتنا الإسلامية، كما قام برحلة بحث مرهقة عن الطب النفسي العربي الإسلامي كنت أظن نفسي أول إرهاصاتها، لكنني عرفت أن هناك من سبقني إليها، إلا أنني لا أستطيع أن أغفل نقدي للدكتور مصطفى، لأن تسميته للمكان الذي نعيش فيه في عنوان البحث بمنطقة الشرق الأوسط يذكرني بنظرة من يرانا من خلال المنظار الغربي للشرق كله، لأن في ذلك فخا أحس به ويحس به الكثيرون من المفكرين المسلمين تمهيدا لنسيان قضية فلسطين على المستوى المعرفي والشعوري، ولا أنسى أن أشير هنا إلى فضل الأستاذ الدكتور عبد الوهاب المسيري فقد كانت كتاباته عن التحيز المتأصل في المصطلح الغربي الذي نستورده ونعربه بكل دقة وأمانة «علمية»، ونظل نكرره وأحيانا نطوره ونحن أيضا لا ندري به! وللغربيين الحق في أن يرونا بعيونهم، لأنهم لا يملكون غيرها، وأما نحن فيجب أن تكون لنا عيوننا التي ترانا مباشرة من دون نظارات مستوردة من الغرب، بل أخاف أن أقول من دون عدسات وشبكيات مزروعة هناك في مقلنا العربية، وهذا أول ما آخذه على مصطفى السعدني، لأنني أعرف أنه ليس كذلك، لكن موجة المصطلحات الخبيثة، التي لا ندري أنها خبيثة، قد تأخذ آيا من المثقفين العرب، وهو آمن حسن النية صادقها.

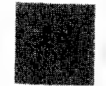
وأما المأخذ الثاني الذي آخذه على مصطفى السعدني فهو ذكره لتطور الأفكار وتناول المعطيات الخاصة بالوسواس القهري من خلال الهدي القرآني، ومن خلال أحاديث سيد الخلق عليه أفضل الصلاة وأتم التسليم وعند علماء المسلمين الأوائل، وهو يقارن أحيانا ويتفاخر أحيانا بما هو من عندنا، ثم يسرد تاريخ التطور الفكري الغربي لمشكلة الوسواس القهري ويعود إلى ذكر إنجازات الأساتذة والباحثين المعاصرين من الأطباء النفسيين العرب، والأساتذة والباحثين المعاصرين من علماء النفس العرب، ولكنه في كل ذلك يبدو وكأنه يتكلم عن وسواس واحد فقط، أو أنه يعتبر وسواس النفس والوسواس الخناس والوسواس القهري متصل واحد، ولا أدري هل تجنب الخوض في هذا الموضوع في الدراسة التي بين يدي عن قصد أم عن نسيان؟ لأن هذا الأمر والبت فيه من المفروض أن نبدأ به أي عمل عربي عن الوسواس القهري، خاصة أن التباين بين ما يراه علماء الدين والأطباء النفسيون في بلادنا في موضوع الوسواس القهري أعظم من أن يغفل، أو هكذا أرى أنا إن كان هناك من لا يشاركني الرأي.

سأحاول في هذا الكتاب أن أتتبع تطور الأفكار عن الوسواس القهري تتبعا تحليليا، قدر استطاعتي، كما سأحاول أن أضع القديم الذي يخصنا مع الجديد الذي نحن أجدر به، على الرغم من تعثرنا المعاصر في ركب العلم الدنيوي الحديث. وكان من الممكن أن أضع القديم وحده في باب خاص، لكنني رأيت أن علينا في هذه السنوات بالتحديد من عمر منطقتنا العربية أن نرى كل الأشياء في الوقت نفسه، نعم إنه قدر المثقفين الحقيقيين في زماننا هذا، وفي مكاننا هذا، أن يفتحوا عيونهم ناظرين في كل اتجاه ومن كل اتجاه، لأنهم ببساطة يعيشون زمن التسارع ناحية التيه العلمي المادي، وقصدت «التيه» بمعنييه: التيه بمعنى الغرور، أي أن تتيه بنفسك، والتيه بمعنى التيهان أي أن تضل الطريق (مجد الدين الفيروزبادي١٩٣٨) «لكنه في الوقت نفسه أعظم من أن يكف أحد عن السعي خلفه، ولذلك فالمثقفون العرب ساعون وراءه، لأنهم يريدون أن يكون لهم وجود على ساحة عالمية هم جديرون بها، لكي يستطيعوا احترام أنفسهم و«أكل عيشهم أيضا» لكنهم في الوقت نفسه يريدون أن يؤدوا واجبهم نحو أهلهم بشكل يليق بهم كعرب أيضا، لهم ما لهم من عمق ومن جذور في التعامل مع الوجود الذي أوجدهم الله فيه. أما عن



السؤال الذي يشغلني فهو عن الخط الذي أنتوي السير فيه في هذا الكتاب، فأنا لا أدري هل ألتزم الحيدة العلمية الباردة، فأكون بمنزلة من يترجم فكرا غربيا إلى العربية؟ أم أترك نفسي لكي تتفاعل مع ما تعلمته وما استقرأته خلال حياتها؟

لكنني قررت في نهاية الأمر أن أكتب هذا الكتاب بالطريقة نفسها التي أمارس بها مهنتي، وهي الطب النفسي، بمعنى أنني لا يستطاع أن أكون باردا أبدا، وكل ما عدا ذلك يستطاع. فقد أكون العالِم وقد أكون الشيخ وقد أكون الصديق وقد أكون الطبيب، وقد أكون الذي لا يدعي العلم وقد أكون الذي يدعيه وهكذا هو الطب النفسي العربي الإسلامي، كما أراه، ولينظر كل بعينه، وليعترف بتحيزاته. أنا لذلك أعترف بأنني درت على فصول ومزالق ونتوءات هذا الكتاب، كما يدور في حياة مرضاه كل طبيب نفسي يحب مهنته، وأنا أيضا وضعت ما يزيد على العشرين خطة لهذا الكتاب، ولم أرس على خطة بعد، حتى وقت كتابة هذه السطور، فأنا في البداية كنت أريد كتابة كتاب عن اضطرابات نطاق الوسواس القهري Obsessive Compulsive Spectrum Disorders ، إلا أنني فوجئت بأن حجم الكلام الذي يجب أن يقال عن اضطراب الوسواس القهري وحده، خاصة عندما يتعلق الأمر بالمقابلة التي أريد عقدها بين تراثنا العربي الإسلامي الخاص بالوسواس وبين معطيات العلم الغربي الحديث، لهو أكبر من أن يوضع في كتاب واحد، إلا أن أختصر قدر الإمكان. ونويت إن وفقني الله أن أتبع هذا الكتاب بكتاب آخر عن اضطرابات نطاق الوسواس القهري التي هي مجموعة اضطرابات بينها القديم وبينها الموصوف حديثا، وتختلف كثيرا فيما بينها، إلا أنها تتفق مع الوسواس القهري في الكثير من النواحي كالعامل الوراثي والأعراض والاستجابة للعلاج وغير ذلك. كما نويت في فترة أن أجعل الكتاب موجها إلى القارئ العربي المثقف من دون أن يشترط إلمامه ببعض المعلومات عن الطب النفسي، لكنني وجدت نفسي في بعض الفصول أوجه الكلام للأطباء النفسيين المسلمين، كما أنني غيرت مواضع الفصول، وأضفت وحذفت، لأنني على ما يبدو كنت أتعلم عن الوسواس القهري في الوقت نفسه الذي أكتب فيه الكتاب عنه. أنا أعترف من دون أن أدري فيما يبدو بأنني لم أكتب الكتاب بالترتيب، فأنا



كتبت هذه المقدمة مثلا على أربع أو خمس مراحل، ولم أكن موسوسا أبدا إلا بقدر ما أنا موسوس في كل شيء يأخذني أخذ قوي مقتدر فأهتم به، ولم أكن أكتب هذا الكتاب إلا وأنا أطير من قراءة بحث عربي إلى قراءة بحث غربي، إلى انتهاز فرصة للقاء بأي من أساتذتي أو زملائي، لأكرر أسئلتي عن الوسواس وعن أفضل ترجمة لكلمة نفهمها جميعا بالإنجليزية ولا نستطيع أن نحدد لها معنى عربيا إلا بعد تفكير عميق وتدوير سحيق في ثنايا الدماغ وكثيرا ما نهرب من الإجابة أو ننصح بعضنا بالكف عن وجع الدماغ، لكنني قط ما نويت الكف عن وجع الدماغ، فهو أفضل طريقة للدماغ ليحيا في هذا العالم.

يبدو أنني لن أكتب شيئا في هذه المقدمة عن فصول الكتاب، مع أنني كنت نويت ذلك، لأنني قررت على ما يبدو أن أترك القارئ ليتعرف على الكتاب ويصفه بنفسه، لكنني فقط أريد الإشارة هنا إلى فصل «قياسات الوسواس القهري» وفصل «مفاهيم كانت ومفاهيم ما زالت» وفصل «تشريح المعاني»، وكذلك إلى فصل «اضطراب الوسواس القهري بين الاضطرابات النفسية الأخرى»، فهذه الفصول الأربعة في اعتقادي تهم الطبيب النفسي واختصاصي علم النفس العربي أكثر من القارئ العربي البعيد عن مهنة الطب النفسي أو مجال الصحة النفسية، أما بقية الكتاب فإنها تهم الطبيب النفسي العربي المسلم وغير المسلم والعاملين في مجال الصحة النفسية والقارئ العربي والمريض العربي على حد سواء.

وأتمنى أن أكون قد وفقت في وضع أسس التفريق والفصل في أمر الوسواس، بما تعنيه هذه الكلمة وما تستدعيه في وجدان القارئ العربي المسلم من تداخل لمفاهيم الوسواس الخناس ووسوسة النفس والوسواس القهري ووسواس المرض ووسواس الشك، فهي أمور تتداخل داخل نفوسنا جميعا بسبب ما أزعمه من عدم التوفيق الذي صادف من ترجم كلمة Obsession الإنجليزية إلى كلمة وسواس، نظرا إلى عدم تطابق المعنيين إذا رجعنا إلى المعاجم الإنجليزية / الإنجليزية والمعاجم العربية / العربية، كما سأبين في أول فصول هذا الكتاب، وأريد أن أشير هنا أيضا إلى قيامي أثناء الكلام عن الأدوية والعقاقير، التي ترجمت أسماؤها الإنجليزية إلى العربية، باقتراح اختصار عربي لتلك المسميات مثل الم.ا.س.ا بدلا مثبطات استرجاع

السيروتونين الانتقائية SSRIs . ومثل المامين بدلا من مثبطات مؤكسد أحاديات الأمين MAOIs، ولم أجد الكلمة العربية المقترحة إلا أخف على اللسان وأقرب من القلب.

ولكني أقول ما لي وما علي، فإنني لم أكن أكتب هذا الكتاب كعالم مسلم، بل كمتعلم مسلم، وأنا أظن كل مسلم في زماننا لا بد أنه يظل يتعلم ما دام يعيش، ولكل حظه من التعب لكي يتعلم! وأتمنى أن أكون قد وفقت في إصابة الهدف الذي أسعى إليه، لأفوز بأجري المجتهد المصيب، وإن أخطأت فمن عندي، وعلى الله الجزاء.



١ ما هو الوسواس القهري؟ تعريفات ومعان وحالات

(١) معنى الوسواس (الفكرة التسلطية)

معنى الوسواس كخبرة نفسية

يفترض في كل إنسان أنه يشعر بقدرته على التحكم في أفكاره، فهو - أي الإنسان - يستطيع أن يفكر في ما يشاء من أفكار، ويستطيع أن يطرد ما يشاء من الأفكار من وعيه متى شاء، كما أنه يشعر بامتلاكه لأفكاره ويشعر تجاهها بأنها تعبر عن توجهاته أو مشاعره الشخصية فإذا طرأت على وعيه فكرة ما فهو يحس بها مملوكة له وراجعة إليه، ويمكنه إبقاؤها في وعيه أو التخلص منها والتفكير في غيرها، وينطبق الكلام نفسه على الصور العقلية أي التخيلات فعندما تمثل صورة معينة في ذهن الإنسان سواء استحضرها هو أو تداعت إلى وعيه لسبب أو لآخر فإنه يستطيع استبقاءها إن كانت متوافقة مع إرادته كصورة شخص عزيز أو حبيب ويستطيع كذلك إبعادها عن ذهنه إن لم تكن تروق له: والكلام نفسه ينطبق على ما يمكن

والله يا دكتور إنه لأمر مخجل ولا معنى له، لكنني لا استطيع الخلاص منه،

عزة

مريضة نفسية

تسميته بالاندفاعات أي الشعور المفاجئ برغبة في فعل شيء ما: كأن يشعر الإنسان بالرغبة في القفز مثلا أو في الصراخ، فإن الطبيعي هو أن يستطيع الإنسان التخلص من هذه الرغبة متى أراد(وائل أبو هندي، ٢٠٠٠).

أما في حالة الفكرة الاقتحامية أو الوسواسية فإن الأمر يختلف حيث يحس الشخص بأن الفكرة إنما تحشر نفسها في وعيه رغما عنه، ويوقن بالطبع أن مصدرها هو عقله، لكنه يحس بأنها غريبة عليه، لأنها عادة ما تكون مخالفة بشدة لتوجهات هذا الشخص ومبادئه ومشاعره، أو أنها على الأقل فكرة لا معنى لها، أو لا وجاهة فيها، ويكون رد فعله شيئا من القلق والضيق وربما القرف فيحاول أن يتخلص منها، لكنه للأسف يعجز عن ذلك، وكلما قاومها زادت حدة إلحاحها على وعيه؛ وينطبق الكلام نفسه على الصور العقلية الوسواسية التي غالبا ما تأخذ شكلا جنسيا أو مقززا بشكل أو بآخر بحيث تنتفض لها نفس المريض ويقشعر بدنه من فرط ما تزعجه وتؤلم ضميره لكنه لا يستطيع الخلاص منها، وكذلك في حالة الاندفاعات، فغالبا ما تأخذ شكل الرغبة في فعل شيء خارج عن المألوف في موقف مهيب، كأن يخرج الواحد لسانه في المسجد أو الكنسية أو أن يتفوه بألفاظ خارجة أو ربما أخذت شكل اندفاعات جنسية تجاه المحارم أو شكلا عدوانيا تجاه الناس في الشارع أو في القطار مثلا، وسيرد تفصيل لمعظم صور الوساوس في صفحات الكتاب.

والمقصود هنا هو محاولة الوصول إلى تفهم لخبرة الوسواس نفسها كخبرة نفسية واعية تختلف عن الخبرة العادية؛ فيتضح مما سبق أن إحساس الإنسان بالفكرة الوسواسية مختلف عن إحساسه بأفكاره العادية، فالفكرة الوسواسية تقتحم عليه وعيه وتتعلق غالبا بما لا يحبه أو ما لا يتفق معه، وهي بالتالي تزعجه فيحاول التخلص منها، لكنه كلما حاول الخلاص زاد إلحاح الفكرة عليه وزاد قلقه وتوتره وعذابه بحيث يشعر وكأنما سقط في حلقة مفرغة لا يستطيع الفكاك منها؛ وما يزيد معاناته في أغلب الأحوال هو اضطراره إلى عدم البوح بسبب معاناته، لأنه غالبا ما يخجل منه لكونه أمرا سخيفا أو محرما أو لا معنى له أو غير مقبول اجتماعيا، أو على الأقل غير متوافق مع تركيبته النفسية والاجتماعية. وإضافة إلى ما سبق هناك خوفه من أن يتهمه الناس بالجنون، وإن كان هو شخصيا يخاف أن تكون تلك الفكرة

أو الصورة ـ التي تفرض نفسها عليه ولا يستطيع التخلص منها ـ مقدمة للجنون. ما أريد أن أبينه هو مدى قسوة الإحساس بعدم القدرة على التحكم في محتوى الوعي لدى الإنسان وهو ما يصل ببعض المرضى إلى حالة من اليأس والإعياء جديرة بالرثاء.

وفي الطب النفسي توصف فكرة ما بأنها وسواسية إذا تحققت فيها لها عدة شروط:

١- أن يشعر المريض بأن الفكرة تحشر نفسها في وعيه وتفرض نفسها على تفكيره رغما عنه لكنها تنشأ من رأسه هو وليست بفعل مؤثر خارجي.

٢- أن يوقن المريض تفاهة أو لا معقولية الفكرة وعدم صحتها وعدم جدارتها بالاهتمام.

٣- محاولة المريض المستمرة لمقاومة الفكرة وعدم الاستسلام لها.

٤- إحساس المريض بسيطرة هذه الفكرة وقوتها القهرية عليه؛ فكلما قاومها زادت إلحاحا عليه، فيقع في دوامة من التكرار الذي لا ينتهي.

معنى الوسواس في اللغة العربية

كلمة وسواس هي الترجمة العربية الشائعة للكلمة الإنجليزية Obsession، ولا أدري إن كانت ترجمة موفقة أم لا فالمعنى الإنجليزي للكلمة ـ حسب معجم أكسفورد (Hornby, 1979)، ومعجم الطريقة الجديدة (West & Endicott ,1976) (وكلاهما معجم إنجليزي ـ إنجليزي) ـ هو فكرة «أو شعور» تحتل العقل بشكل يسبب الضيق وهذا المعنى يختلف إلى حد ما عن معنى كلمة وسواس الوارد في المعاجم العربية، وأظن أن الترجمة التي وجدتها للكلمة في معجم المورد (إنجليزي - عربي) هي الاستحواذ، وهي أكثر توفيقا من كلمة وسواس، ولذلك الرأي أسباب سترد فيما يلي (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢، ص٧٥)أ.

فإذا أردنا معرفة المعنى اللغوي لكلمة «وسواس» في معاجم اللغة العربية، وجدنا أن الوسوسة، لغة، هي حديث النفس، فيقال وسوست إليه نفسه «وسوسة» و«وسواسا» (بكسر الواو) أما «الوسواس» (بفتح الواو) فهو الاسم من الأصل «وَسَّ». أو «وسوس» وحسب مختار الصحاح (محمود خاطر)، والقاموس المحيط (مجد الدين الفيروزآبادي، ١٩٣٨) فإن «وَسواس» بالفتح تقال لصوت الحلي، وهي أيضا اسم الشيطان، ويضيف القاموس المحيط معنى

آخر للوس هو: العوض، وكذلك همس الصياد وهو يتربص بفريسته، وفي المعجم الوسيط(مجمع اللغة العربية، ١٩٨٥) يضاف أن الوسواس مرض يحدث من غلبة السوداء، يختلط معه الذهن. كما يضاف معنى آخر للفعل «وسوس» وهو كلمّ كلاما خفيا كأن يقال: وسوس فلان فلانا أي كلمه كلاما خفيا.

وأهم ما يعنينا من شروح المعاجم اللغوية العربية هنا بالطبع هو وسوسة النفس، وكذلك كون الوسواس لغة هو أحد أسماء الشيطان فقد ورد كلا هذين المعنيين في القرآن الكريم (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢، ص٢٦-٢٩).

(١) وسوسة النفس: قال تعالى: ﴿ولقد خلقنا الإنسان ونعلم ما توسوس به نفسه ونحن أقرب إليه من حبل الوريد﴾ صدق الله العظيم (سورة ق -١٦)

(٢) وسوسة الشيطان: قال تعالى: ﴿فوسوس لهما الشيطان ليبدي لهما ما ووري عنهما من سوءاتهما وقال ما نهاكما ربكما عن هذه الشجرة إلا أن تكونا ملكين أو تكونا من الخالدين﴾ صدق الله العظيم (سورة الأعراف ٢٠)

وقال تعالى: ﴿فوسوس إليه الشيطان قال يا آدم هل أدلك على شجرة الخلد وملك لا يبلى﴾ صدق الله العظيم (سورة طه -١٢٠)

وكذلك قوله تعالى: ﴿من شر الوسواس الخناس ❖ الذي يوسوس في صدور الناس﴾ صدق الله العظيم (سورة الناس ـ ٤، ٥)

وقد كان لذلك تأثير كبير، ولا يزال، على فهم المسلمين لمعنى الوسوسة، وعلى إحداث خلط بين المعنى الإسلامي للوسوسة والمعنى الطب نفسي للوسواس القهري، وكذلك على رد فعل الإنسان المسلم إذا وقع في براثن الوسواس.

فأما وسوسة النفس فهي خبرة عادية لكل الناس، فنفس كل واحد توسوس له بأن يفعل ما تميل إليه نفسه وتشتهيه، فإذا كان هذا الإنسان صاحب ديانة يلتزم بها، فعليه أن يقاوم وسوسة نفسه بحيث تكون أفعاله في إطار ما يحله دينه، فمثلا توسوس نفس الشاب إليه بأن ينظر إلى الفتيات الجميلات أو إلى الصور العارية على الإنترنت، وهذه أشياء من مرغوبات النفس ومن المحببات إليها لكنها محرمة بحكم الدين، ما لم ترتبط بالمسؤولية؛ فيمكنك مثلا أن تختار جميلة فتتزوجها وتنظر إلى حسنها كما تشاء، لكنك ملزم بها وبنفقاتها وهذا هو جوهر الإسلام (فكل متعة حلال في الإسلام بشرط ارتباطها بالمسؤولية)، وإذا لم يكن الشخص صاحب ديانة

تنظم له حياته فإنه يفعل ما توسوس له نفسه به في إطار قانون المجتمع الذي يعيش فيه، خاصة إذا كان الفعل الذي توسوس له نفسه به فعلا علنيا، وأهم ما أريد تنبيه القارئ إليه هنا هو نوعية المواضيع التي توسوس بها النفس فهذه دائما أشياء محببة للنفس البشرية ولكنها منظمة في إطار معين داخل ديانة الإنسان، فوسوسة النفس لا يمكن بحال من الأحوال أن تتعلق بمواضيع مقززة أو مرفوضة أو على الأقل غير محببة للنفس، وهي بالتالي لا تسبب ما تسببه الأفكار الوسواسية القهرية من قلق وإزعاج للشخص.

أما وسوسة الشيطان فأمر يؤمن به كل مسلم، لأن الشيطان عدو للمسلم في أمره كله دينا ودنيا، لكن وسوسة الشيطان تختلف عن الوسواس القهري فالشيطان يوسوس في حدود قدرته التي سمح له الله سبحانه بها وهي محدودة وفي مقدور كل مسلم أن يتغلب عليه بذكر الله عز وجل والاستعاذة به سبحانه وتعالى، وأما مواضيع وسوسة الشيطان فتأخذ شكل التعطيل عن فعل الخير وعن أداء الفروض الدينية، وكذلك الإغواء بمعنى تزيين الشر في عين المؤمن، وتزيين الشر لا يعني فقط بيان وجوه المتعة أو الجمال فيه وإنما تزيينه أيضا من حيث جعله يجوز للشخص بسبب ظروفه أو خصوصيته عند الله، أي أن الشيطان يخدع الناس فيبين الشر لهم خيرا، وهذه نقطة مهمة لأنها تؤكد اختلاف ما يوسوس به الشيطان عن الوسواس القهري وتجعل وسوسته قريبة في موضوعاتها من وسوسة النفس.

ولكن أهم نقطة هنا هي تعلق معنى كلمة الوسواس بالشيطان، وكون الوسواس أحد أسمائه، فإن الأمر يحتاج إلى تدبر كبير فقد ورد الاسم في القرآن الكريم لا منفردا بل متبوعا بصفة وهي الخناس أي الذي يخنس «ومعناها يختفي أو يتأخر لفترة ثم يعاود الظهور»، ويذكر مختار الصحاح (محمود خاطر) والقاموس المحيط (مجد الدين الفيروزآبادي، ١٩٣٨) أن الخناس اسم من أسماء الشيطان لأنه يخنس إذا ذكر الله عز وجل، أي يسكت عن الوسوسة على الأقل لفترة من الوقت، وهنا نقطتان في غاية الأهمية:

الأولى: أن الشيطان حسب النص القرآني هو الوسواس الخناس، وليس كل وسواس شيطان، وليس كل خناس شيطان، أما ما أراه في كل من مختار الصحاح والقاموس المحيط فهو أنه في مادة وسوس ذكر أن الوسواس اسم الشيطان، وفي مادة خنس ذكر أن الخناس هو اسم الشيطان!! وحسب رأيي

المتواضع فإن من الأفضل بعد تراكم المعرفة العلمية أن نستخدم النص القرآني كما ورد فيكون الشيطان هو الوسواس الخناس وليس الوسواس فقط ولا الخناس فقط.

والثانية: أن الشيطان يكف ـ ولو مرحليا ـ عن الوسوسة عند الاستعاذة بالله عز وجل، وهذه أيضا نقطة غاية في الأهمية، لأن الوساوس القهرية لا تخفت ولا تختفي بعد الاستعاذة بالله من الشيطان الرجيم، بل إن الكثير أيضا من وساوس النفس بالمعنى الذي بينته فيما سبق لا تختفي بمجرد الاستعاذة بالله من الشيطان، لسبب بسيط، هو أن الشيطان ليس دائما مصدرها وإن كان مشاركا فيها في كثير من الأحيان، وما أستطيع استنتاجه أيضا مما سبق هو أن كل وساوس النفس ووساوس الشيطان إنما تصول وتجول داخل حدود مقدرة الإنسان، بمعنى أنه يستطيع التعامل معها والتحكم فيها، سواء بذكر الله أو التعوذ به أو قراءة القرآن الكريم، أو بزيادة تمسكه والتزامه بشعائر دينه، إلى آخر الوسائل الدينية لتهذيب النفوس وتقويمها، بل إن واحدا من علماء الإسلام في العصر الحديث، وهو الشيخ محمد عبده قسم الوسوسة إلى وسوسة بالخير وسماها إلهاما ورأى أن مصدرها هو الملائكة الأبرار، ووسوسة بالشر ومصدرها الشيطان، وكل هذه المعاني بعيدة عن الوسواس القهري في الحقيقة (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢، ص٢٦-٢٩).

أما ما لم يرد ما يشير إليه في كل هذه المعاني فهو مفهوم التسلط والقهر، فشعور الإنسان بتسلط الفكرة على تفكيره، وكونه مسلوب القدرة على التخلص منها ـ بحيث إن الأمر يخرج عن حدود مقدرة الإنسان على التحكم، أي إنه يشعر بتسلط الفكرة عليه وبأنه مقهور أمامها ومجبر على التفكير فيها ـ فهذا المعنى غير موجود في شروح المعاجم اللغوية العربية التي بين يدي لمادة وسوس، وربما يكون حل هذه المشكلة هو إضافة صفة القهري لكلمة الوسواس، وهو ما لا يحدث دائما، أو أن نقول فكرة تسلطية بدلا من فكرة وسواسية أو وسواس، وهو ما انتبه إليه بعض المترجمين فترجموا Obsessions إلى أفكار تسلطية وليس وساوس، وما انتبه إليه صاحب قاموس المورد (منير البعلبكي، ٢٠٠١) عندما ترجمها إلى استحواذ، والفهم نفسه أيضا هو ما أظنه كان في أذهان أوائل من درسوا وترجموا الطب النفسي من العرب أيام هيمنة نظرية التحليل النفسي حين سموا الوسواس القهري «عصاب الحواز»،

وقد سمعتها من الدكتور مصطفى كامل، لكنني قرأت بعد ذلك في الدليل المصري للأمراض النفسية (الجمعية المصرية للطب النفسي، ١٩٧٩ ص٢٣): أنه جرت أثناء إعداد الدليل مناقشة حول المفاضلة بين «استخدام اسم الحواز واسم العصاب القهري الوسواسي، ورجح استبعاد الحواز لخلو معناه اللغوي من الظواهر الإكلينيكية المعروفة لهذا المرض، اللهم إلا ما يعني حواز القلوب أي ما يحوزها ويغلبها حتى تركب ما لا تحب، وهو جانب واحد لا يعني كل مظاهر الزملة التي يفيدها أكثر كل من الوسواس والقهر»

وأما مادة قهر في العربية فتعني: غلب، فقهره غلبه في مختار الصحاح، ويضيف القاموس المحيط أن القهار اسم من أسماء الله الحسنى ويتفق معهما المعجم الوسيط (مجمع اللغة العربية، ١٩٨٥) ففيه «قهره قهرا: غلبه فهو قاهر وقهار، ويقال أخذهم قهرا، أي من غير رضاهم؛ وفعله قهرا أي بغير رضا، وأقهر الرجل أي صار أمره إلى القهر، والقُهرة (بضم القاف) يقال: أخذت فلانا قهرة أي اضطرارا، والقهار من أسماء الله الحسنى: والقهار الغالب لا يحد غلبته شيء، ولعل معنى القهر في العربية أكثر تماشيا مع الاستخدام الطب نفسي للكلمة، وإن كان الواضح مما سبق هو أن المعنى اللغوي الغالب يشير إلى مصدر خارجي للقهر؛ والقهر في الوسواس القهري إنما ينبع من مصدر داخلي ذاتي متصل بفعل الشيء دون رضا.

إذن فهناك ثلاثة أنواع من الوسواس حسب الفهم الإسلامي الحديث (وائل أبو هندي ٢٠٠٢، ص٢٦-٢٩):

أولا: وسوسة النفس: وتتعلق بما يطيب للنفس وما تحبه النفس وتتمناه بغض النظر عن كونه حلالا أم حلاما.

ثانيا: وسوسة الشيطان: وهو الوسواس الخناس الذي هو عدو للإنسان في أمر دينه ودنياه كلها، والذي يزين للنفس أعمالها ويحاول إلهاء المؤمن عن عبادة ربه، ويفعل ذلك بأسلوب الغواية وليس التنفير، أي أنه يخدع بني آدم، وتكفي الاستعاذة بالله منه للخلاص منه.

ثالثا: الوسواس القهري: ومن أهم ما يميز الأفكار فيه أنها مناقضة لطبيعة الشخص، تنفره وتزعجه وترعبه ويحس تجاهها بالقهر، ولا تكفي الاستعاذة بالله من الشيطان الرجيم للخلاص منها.

وقد قمت أثناء ممارستي للطب النفسي في مصر على مدى ما يزيد على العقد من الزمان بترتيب تنازلي لنوعية الأفكار التسلطية التي يعاني منها المرضى من المصريين والعرب، فكانت كما يلي:

١ـ أفكار تسلطية دينية ومنها الاجترار الذي يتصل بالأسئلة التي لا تمكن الإجابة عنها، عن الذات الإلهية والمقدسات عموما ومنها أفكار السب والتطاول.

٢ـ أفكار تسلطية تتعلق بالتلوث والوسخ.

٣ـ أفكار تسلطية جنسية.

٤ـ أفكار تسلطية تتعلق بالمرض والعدوى.

٥ـ أفكار تسلطية تتعلق بالانضباط والالتزام بالترتيب.

٦ـ أفكار تسلطية عدوانية.

ومن دراسة لأحمد عكاشه (Okasha et al ,1991) (آخذ منها النسب المئوية وليس الشرح) كانت الأشكال الغالبة من الوساوس والأفعال القهرية كما ظهرت في عينة من المرضى العرب المصريين كما يلي:

أولا: الاجترار الوسواسي: في نسبة ٥١٪ من الحالات (Okasha et al ,1991)، والاجترار الوسواسي هو الوقوع في شراك مجموعة من الأفكار متعلقة بموضوع معين، بحيث لا يستطيع المريض التوقف عنها وعادة ما يكون الموضوع نفسه من المواضيع التي لا معنى للتفكير فيها، مثل التفكير فيما حدث خلال اليوم من أقوال وأفعال من الشخص، وممن قابلهم وكأنما يسترجع الشخص الأحداث، مهمة وغير مهمة، ومن دون أن يستطيع التوقف عن ذلك، وعادة ما يشك في ذاكرته ويحس أنه نسي، ومادام قد نسي فمن الممكن أن تكون أشياء خطيرة قد حدثت، وهكذا يحاول التذكر وإعادة التذكر ثم يفند الأدلة على ما حدث وما لم يحدث... وهكذا. أو قد يكون موضوع الاجترار الوسواسي من المواضيع المحرمة شرعا، بالنسبة إلى الشخص، أن يخوض فيها، مثل: من خلق الله ؟ أو كيف يستطيع الله أن يراقب كل هذا الكم من البشر إلى آخره، ولنتأمل التاريخ المرضي للحالة التالية، لنعرف معنى الاجترار الوسواسي:

(١) التسجيل والمراجعة

«كان عامر (وهذا ليس اسمه الحقيقي) طالبا في السنة الثانية بكلية العلوم. وقد دخل على الطبيب النفسي وهو في منتهى الإعياء وقال له: «مخي يا دكتور لا يتوقف لا ليلا ولا نهارا عن التفكير! ولا أكاد أنتهي من لاشيء

حتى أبدأ في لاشيء آخر! أنا مجنون أليس كذلك ؟ لا بد من التسليم بذلك لابد! وليس هناك علاج لهذا النوع من الجنون، لقد قال لي طبيب المخ والأعصاب إنني أنا المسؤول وفعلا أنا الذي أفكر في أشياء لا معنى لها، ولا أستطيع منع نفسي من ذلك، نعم حتى الدواء الذي كتبه لي لم يفعل شيئا، ولن يفعل شيئا ما لم أساعد نفسي، وأنا لا أستطيع مساعدة نفسي لأنني مجنون» وطلب منه الطبيب النفسي أن يهدأ وأن يحكي الحكاية من أولها وكل شيء بإذن الله سيكون على ما يرام؛ فابتسم عامر ابتسامة مرة فيها شيء من عدم الثقة! وقال «نعم سوف أحكي ويا ليتني أحضرت معي جهاز التسجيل لكي لا أتعذب. أنا يا دكتور منذ أكثر من شهرين وأنا أقضي كل الوقت في استرجاع ما حدث لي في كل مكان، وما قلته للناس وما قالوه لي ولا أستطيع منع نفسي من ذلك تماما كما لو كنت أسترجع شريط فيديو. ويحدث ذلك أثناء المحاضرات وفي الطريق وعندما أجلس أمام الكتاب، ويحسبني أهلي أذاكر! ساعات طويلة تضيع ولا أستطيع التوقف! ودائما ما أشك فيما قلته هل قلت كذا أم كذا وهل كان ذلك ردا على ما قيل لي أم أنني قلته من تلقاء نفسي ! وهل كان ما قلته هو المناسب والصحيح؟... وكم يعذبني أنني لا أتذكر دائما كل شيء، وأصبحت أحمل معي جهاز التسجيل في كثير من المواقف، لكي يكون بمنزلة الذاكرة، لكنني منذ أسبوع أصبحت أشك في أن جهاز التسجيل لا يسجل كل ما يقال ثم أنه، لا يسجل تعبيرات الوجوه، ولا يستطيع التقاط أفكار الناس التي تجول في خواطرهم وأنا أتحدث معهم؛ ثم ما فائدة ذلك كله؟.... لا شيء! وما أهميته وما سبب اضطراري لفعله؟ لا أدري! أنا لم أعد أستطيع المذاكرة، وها هي امتحاناتي بعد شهر وأنا لم أذاكر! تصور أن كل كلمة أقولها الآن لك وكل كلمة ستقولها أنت لي ستأخذ مني الكثير من المجهود لأثبت أنني قلتها ولم أقل غيرها، وأنها هي ما كان يجب أن يقال وكلامك أنت أيضا لابد أن أستعيده، وأكرره. لكي أتأكد منه هل هناك حالات مثلي يا دكتور؟ بالتأكيد لا يوجد! لا يوجد!».

«ذهبت إلى طبيب المخ والأعصاب عشر مرات وطلب مني عمل أشعة مقطعية على المخ وكنت أعتقد أنها ستوضح سبب هذا النشاط الزائد في المخ أليس ما أعاني منه نشاطا زائدا في المخ؟... هكذا قال لي الطبيب، ولكن أي نشاط إنه نشاط لا يفيد ولم يكن في الأشعة شيء غير طبيعي ولكن كيف؟

لا أدري أنا يا دكتور لا أستطيع النوم دون استعمال المهدئ الذي وصفه لي طبيب المخ والأعصاب ولا أستطيع الحياة نائما وأخاف أن أتحول إلى مدمن! هل المدمن أفضل حالا من المجنون؟ ربما» وطلب الطبيب النفسي منه الهدوء مرة أخرى، وسأله عن حياته قبل الشهرين وعن عاداته في النظافة والترتيب، فظهر أنه اعتاد منذ دخوله الجامعة أي منذ أكثر من سنة أن يستغرق ساعتين على الأقل في الصباح لكي يكون مستعدا للخروج من البيت، فهو يتوضأ ويصلي ويحلق ذقنه ويصفف شعره ويرتدي ملابسه، وكل ذلك لابد أن يفعل بدقة لكي لا يحدث خطأ! وهو يعرف أن أحدا لا يفعل ذلك، لكنه حاول مرات عدة ألا يفعل ذلك، ولم يستطع لأن كما كبيرا من القلق والتوتر يعذبه إذا خرج من بيته وهو غير متأكد من أن مظهره على ما يرام! لكن استغراق ساعتين كل صباح يكفي لتجنيبه القلق والشك في انضباط هيئته وملابسه! ثم اتضح بعد ذلك أيضا أنه يأكل وحيدا وليس مع أفراد عائلته، وبسؤاله عن سبب ذلك اتضح أنه يشعر بالقرف لأنهم يتكلمون أثناء الأكل، ولأن بعض الحروف عندما تنطق كحرف الفاء مثلا يمكن أن يصاحب عملية نطقها خروج للرذاذ من الفم، وهو ما يسبب له القرف وقد حاول معهم أن يكفوا عن الحديث أثناء الطعام، لكنهم استغربوا كلامه، فاضطر إلى الأكل وحيدا منذ حوالي خمسة أشهر! وأضاف أنه يدرك مشاعرهم ويعرف أنه يبالغ كثيرا في قلقه ويتطرف في أفكاره، لكنه لا يستطيع منع نفسه من ذلك!.

ويتضح في تاريخ هذه الحالة ما يسمى في الطب النفسي بالاجترار الوسواسي أو الأفكار الاجترارية التسلطية Obsessive Ruminations الذي يأخذ في بعض الأحيان شكل التفكير في أشياء لا معنى لها أو يكون مفرطا بلا داع؛ كما يتضح أيضا وجود طقوس التهيؤ والتغسيل القهرية، وكذلك الخوف من العدوى والحرص الزائد على النظافة إضافة إلى البطء الوسواسي، وقد أفهم الطبيب عامر أن ما يعاني منه هو الوسواس القهري، وأن العلاج متيسر بفضل الله تعالى، وإن كان يحتاج إلى الصبر على مفعول الدواء حتى يظهر، وأفهمه أيضا أن حالته تحتاج إلى جلسات علاج نفسي معرفي سلوكي لكي يتمكن من التخلص من طقوس التهيؤ للخروج ومن مخاوفه من تناول الطعام مع الناس، وأن الدواء الذي سينتظم عليه سوف يساعده على فعل ما لم يكن يتخيل أنه يستطيع فعله، لأنه سيزيد من قدرته

على مقاومة مخاوفه وعلى تقليل القلق الناتج عن عدم استجابته لأفكاره التسلطية، وبالفعل انتظم عامر على الدواء ووفقه الله إلى اجتياز امتحاناته، وإن لم يحصل على درجات تناسب مستواه الدراسي السابق، لأن فترة الشهر لم تكن كافية بالطبع ليتخلص من مرضه، لكنه مع بداية العام الدراسي الجديد كان لا يحتاج لأكثر من٤٥ دقيقة إن لم يكن نصف ساعة فقط لكي يتهيأ للخروج من بيته في الصباح وصار يتناول الطعام مع أسرته، وأصبح أكثر قدرة على التركيز في دروسه، ولم يعد مضطرا إلى استرجاع أحداث يومه والتحقق من كل واحدة من تفاصيلها، وكان من أهم أسباب نجاح علاجه تعاون أخيه الأكبر مع الطبيب. إذ تفهم الأخ فكرة وجوهر العلاج السلوكي وكان بمثابة المعالج المساعد.

وأختار الحالة التالية من بين حالات الوسواس القهري المعروضة على صفحة مشاكل وحلول للشباب في موقع إسلام أون لاين(*) بعنوان «الوسواس القهري والاستعاذة» كمثال على الأفكار الاجترارية المتعلقة بأمور الدين والعقيدة: «السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.. لقد أرسلت مسبقا لباب استشارات دعوية، وقد قرأت في هذا الباب عن الأمر الخاص بالوسواس القهري، فأنا تأتي علي فكرة خاصة بالعقيدة وبالله سبحانه وتعالى، ولا أستطيع أن أقول ما هي ؟ وهذه الفكرة بدأت تأخذ كل تفكيري، حتى وأنا أتحدث مع أي أحد تأتي علي وتذهب عندما أنشغل عنها، فهل هذه الفكرة الكريهة هي مجرد وسواس، وعلي أن أدرب نفسي وأستعيذ بالله من الشيطان الرجيم: لأنها جاءتني منذ فترة طويلة. وتغلبت بحمد الله عليها، ولكنها عادت منذ شهر بشدة، وأخاف والعياذ بالله أن أكون قد كفرت فهي رغما عني، وأدعو الله أن يريحني منها. ولكن أشعر أني أتذكرها دائما ماذا أفعل؟ لقد تعبت وأبكي كثيرا، ولا أستطيع أن أنطق بما يأتي على بالي خوفا من أن أحاسب عليه: لأن الله سبحانه وتعالى تجاوز عن حديث النفس ما لم تتحدث به أو تخبر به أحدا؟ ما هذا الذي يأتي علي والعياذ بالله..؟!».

ولقد ذكرت لنا كتب السيرة شيئا مشابها لما نعرفه الآن بالاجترار الوسواسي المتعلق بالأمور الدينية: فقد روي أن أحد الصحابة قال للرسول صلى الله عليه وسلم: «إني لأجد في صدري ما تكاد أن تنشق له الأرض،

(*) www.islamonline.com

وتخر له الجبال هدا»، فقال رسول الله ـ صلى الله عليه وسلم: «أوجدتموه في قلوبكم.. ذلك صريح الإيمان»، ثم قال: «الحمد لله الذي رد كيده إلى الوسوسة». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، رواه مسلم وأبو داود وأحمد عن أبى هريرة رضي الله عنه، وفي حديث آخر: «إن الشيطان ليأتي أحدكم فيقول له: من خلق الشمس؟ فيقول: الله. فمن خلق القمر؟ فيقول: الله. فمن خلق الله؟ فمن وجد ذلك فليقل: آمنت بالله ورسوله». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، رواه مسلم عن أبي هريرة رضي الله عنه، وذلك حتى يقطع الإنسان هذه الوساوس.

ثانيا: المخاوف الوسواسية: في نسبة ٤٨٪ من الحالات (Okasha et al ,1991)، تأخذ المخاوف الوسواسية أشكالا عدة، تتغير حسب المتغيرات الاجتماعية والثقافية ومع التغيرات في الطب، بحيث يصبح الخوف من الإصابة بالمرض المعاصر هو الغالب: فقديما كان الخوف من الإصابة بمرض كالطاعون مثلا، وفي العصور الأحدث كان الخوف من الإصابة بمرض كالزهري أو السيلان، ولم يعد ذلك الشكل موجودا الآن بعدما أصبح العلاج سهلا ومعروفا، وظهر بعد ذلك الخوف من الإصابة بالسرطان ولم يزل ذلك موجودا ولكن الذي ظهر في العقدين الأخيرين هو الخوف من الإصابة بالإيدز وما يزال هذا الشكل موجودا بالطبع، ومن المهم هنا أن نفرق بين المخاوف الوسواسية التي هي جزء من اضطراب الوسواس القهري وبين المخاوف التي هي في حد ذاتها اضطراب نفسي قائم بذاته هو الخواف أو الرهاب فكلا الاضطرابين يظهر فيه القلق والخوف من شيء معين وكذلك السلوك الاجتنابي، والتفريق ما بين الاضطرابين يكون صعبا في بعض الأحيان كما سنبين في الفصل التاسع عند حديثنا عن التداخل التشخيصي ما بين اضطراب الوسواس القهري واضطرابات الرهاب، ولعل في التاريخ المرضي للحالة التالية ما يوضح المخاوف الوسواسية:

(٢) «المادة والشحاذون وإسرائيل!»

جاءت سماح (وهذا ليس اسمها الحقيقي) مع أمها لاستشارة الطبيب النفسي في حالتها التي تسبب لها الكثير من الضيق وتضطرها إلى عدم القدرة على الحياة بشكل طبيعي، على رغم أنها أنهت دراستها الجامعية بتفوق ملحوظ: كل المشكلة أنها تخاف من الرجال ومن التعرض لما تسميه «المادة» ومن

الإصابة بالإيدز! وهي لذلك لا تستطيع السير في الشارع بصورة طبيعية، ولها في بيتها طقوس ترى الأم أنها لا يمكن أن تعيش بها مع زوجها، لأن الزوج سيكون رجلا غريبا، ولن يتحمل بالطبع مثل هذه التصرفات، وعندما سألها الطبيب ماذا تقصد «بالمادة»؟ قالت «هل تذكر يا دكتور حكاية الإغماء الجماعي الذي كان يحدث للبنات في مدارس مصر كلها منذ عدة سنوات (وكان ذلك عام ١٩٩٣ وأرجعته هي كما أرجعه الكثيرون من الطيبين في بلادنا إلى أن إسرائيل كانت تبث مادة في الهواء للتأثير على خصوبة المصريات) هذه هي المادة يا دكتور! وأنا غصبا عني والله يا دكتور أخاف من كل مسحوق أبيض لأنني أتخيل أن المادة التي بثتها إسرائيل كانت بيضاء وعلى هيئة مسحوق ينتشر في الهواء، ثم ما الذي يمنع إسرائيل من الاستمرار في ذلك ؟ وأنا أقول لنفسي أنهم خففوا فقط من تركيزها عندما افتضح الأمر، وهي بالتالي ما تزال موجودة في الهواء، وما زالت تسبب العقم لكن دون إغماء ! وأنا في الحقيقة لا أدري لماذا ارتبطت عندي باللون الأبيض، على رغم أنها كان من الأفضل أن تكون شفافة وهذا ممكن لكنني لا أستطيع فك ارتباطها عندي بأي مسحوق أبيض! وأنا لذلك لا يمكن أن أقوم بنشر الغسيل على الحبل لأن ذلك يعرضني للتلوث بها دون أن أحس ولا يمكن أن أعطي حسنة لشحاذ لأنني بصراحة لا أثق فيهم، وكلهم يمكن في نظري أن يشاركوا في أي جريمة ما دام المجرم مستعدا لإعطائهم أي نقود فماذا يمنعهم من رش مسحوق أبيض على أي واحدة في الشارع حتى وإن كانت تمد يدها لهم بالحسنة؟!».

وهنا سألها الطبيب هل أنت مقتنعة بذلك؟ فقالت «ليس المهم الآن مقتنعة أو غير مقتنعة: أنا عذبت نفسي زمانا طويلا بهذا السؤال، ولم أعد أهتم به الآن كثيرا، لأن النجاة من المادة أسهل من التساؤل عن وجودها من عدمه ! أنا أتصرف كأنها موجودة أو على وشك الوجود وآخذ حذري، ويا ويلي لو تراخيت في ذلك! فكم المعاناة التي أعانيها من التوتر والانزعاج إذا تصرفت بالمنطق ولو للحظة أكبر من أن أتحمله!»: فسألها الطبيب وما الرابطة بين المادة وبين نشر الغسيل على الحبل؟ فقالت: «عندما تقوم الواحدة بنشر الغسيل تكون مشدودة الأعصاب ومشغولة بما في يديها من ملابس، ومعرضة في نفس الوقت لأن يرمى عليها أي شيء ولا تدري به، ثم أن ثياب البيت عادة ما تكون أرق من ثياب الخروج وهو ما يزيد من خطر التعرض!» فقال

الطبيب: وما سر الخوف من الإصابة بالإيدز؟ فأجابت: «يا دكتور الإيدز... لا يعرفون كيف ينتقل بدقة، وكل شيء مدبب كالإبرة والسرنجة الطبية المرمية في الشارع يمكن أن يكون محملا بالفيروس، وقد يشكني إذا لم آخذ حذري منه؟» فسألها الطبيب: وكيف تأخذين حذرك يا سماح؟ فقالت: «أنت لا تتخيلني في الشارع كيف أسير وكيف أتحقق بعيني من مكان خطوتي ولعل أهم أسباب لجوئي للعلاج هذه النقطة لأنني أعذب من تخرج معي وهي غالبا أمي أو إحدى أخواتي فأبي توفاه الله وأنا صغيرة وليس لي إخوة ذكور، قلت إنني أعذب من تخرج معي: فأنا إضافة إلى حرصي الشديد وأنا أسير دائما، ما أسأل التي معي مليون مرة ونحن في الشارع وأظل أسأل في البيت ليلتين على الأقل هل تم كل شيء في الشارع على ما يرام ولم أتعرض لأي مسحوق أبيض؟ ولم تدس رجلي على أي شيء مدبب؟ وهل لمسني ذلك الرجل الذي مر بجانبي؟ أنا أكون في معظم الأحيان متأكدة من أن كل شيء كان على ما يرام ولم يحدث ما يخيفني، ولكنني لا أستريح إلا إذا طمأنتني أمي أو أختي أن شيئا لم يحدث! وأظل أعيش وأشركهم معي في دوامة من السؤال وتكرار السؤال في الموضوع نفسه، ولا أكف عن ذلك ولا أستطيع الكف عنه إلا عندما أنشغل بدوامة جديدة أو موضوع جديد!».

وهنا سألها الطبيب وما سر خوفك من الرجال قالت: «أليس هذا هو المفروض؟ أمي ربتني على ذلك، والآن تريد مني أن أتغير وتقول لي إنني الآن كبرت وعندما كنت صغيرة كان خوفها مبررا بأنني صغيرة ولا أفهم ما يمكن أن يحدث من الرجال فهل فهمي للأمور- هذا إذا كنت فعلا أفهم - هو الذي سيحميني: أنا في الحقيقة لا أفهم شيئا في هذه الأمور؟ وأمي نفسها ليست أحسن حالا مني ثم إنني أرى أن الضرر إذا كان سيحدث لن يفرق بالعمر أي لن يفرق بين صغيرة وكبيرة، والذي يهمني تأكيده أنه ما دامت نية الرجل موجودة للإيذاء إذا سنحت له الظروف فإن علي أن أحتاط لأنني لا أضمن الظروف مهما ضمنت أنا نفسي! ثم إن أمي هذه نفسها - أيام طفولتي - كانت تفحصني أنا وأخواتي ونحن صغيرات كلما خرجت واحدة منا ووضعتها الظروف مع أي رجل حتى لو كان قريبا لنا! نعم كانت تتأكد من عدم وجود دم على ملابسنا ثم على بطوننا ثم على كل جزء من أجسادنا يا دكتور: كيف يمكن أن تربيني على شيء ثم تطلب مني عكسه عندما أكبر؟ ولم يرد الطبيب أن

يحرج الأم بالطبع! لكنها هي تدخلت وقالت: «يا سماح يا ابنتي المفروض أن تكوني أقل حدة معي ! فأنا لم أخف عنك الحقيقة أنا يا دكتور عندما مات زوجي ولم يكن رحمه الله على وفاق مع إخوته كان الحمل علي كبيرا وكنت في شدة من الخوف على بناتي الثلاث وأكبرهن سماح وقد اضطررت أيامها إلى عرض نفسي على طبيب نفسي، وقد قال لي إنني أعاني نوبة اكتئاب تفاعلي مع أعراض وسواس قهري كنت أخاف على بناتي إلى حد الجنون، وهو ما كان يدفعني إلى الاطمئنان على عذريتهن باستمرار فكنت كلما وضعت الظروف إحداهن مع شاب أو رجل وأنا مثلا في العمل، أجد نفسي مجبرة على فحصها للتأكد من عدم تعرضها للأذى وكنت أحذرهن من الرجال باستمرار: وهذه الحكاية لم تستمر أكثر من أربعة أشهر: وقد حذرني طبيبي النفسي رحمة الله عليه من تأثير ذلك على نفسية بناتي، وقد منعت نفسي عن ذلك بمجرد تحذيره لي، ويعلم الله مدى معاناتي لكبح رغبتي في الاطمئنان عليهن ! فهل أنا السبب في ما تعاني منه بنتي الآن ؟ وهل هناك علاج ؟».

وهنا طمأنها الطبيب النفسي موضحا أن ما حدث منها لبنتها أيام طفولتها كان على أي تقدير مجرد مؤثر من المؤثرات على بنتها، ومثل هذه المؤثرات يتعرض لها الناس جميعا: ولا يمكن أن تتسبب وحدها في إحداث المرض، خاصة وأن الخوف من الرجال ليس العرض الوحيد في حالة بنتها: ومن ناحية العلاج فإن العلاج الآن موجود، بل هناك العديد من البدائل والخيارات على عكس ما كان أيام مرض الأم: ثم تساءل الطبيب عن الطقوس التي أشارت لها الأم في بداية المقابلة، فقالت الأم: «سماح من يوم تخرجها من الجامعة أصبحت لا تطاق نحن لا نستطيع فتح باب البيت إلا بشروط، ومن تخرج منا من البيت لابد أن تدخل عند عودتها إلى الحمام حيث تقوم بإبدال ملابسها فيه، وإن كانت سماح فإنها تغتسل ثم إنها تقوم بعد ذلك بغسل مكان الخطوات ما بين الحمام وباب البيت، ثم تقوم التي خرجت بغسل الحذاء قبل وضعه في دولاب الأحذية: وإذا زارنا أحد تشك هي فيه فلابد من تنظيف البيت كله، ولابد من أن نحرص على ألا يلمس شيئا من حاجياتها هي بالذات. وألا يجلس حتى على كرسيها: وكل هذه الطقوس إن لم نلتزم بها يحدث لسماح توتر عصبي لا نستطيع تحمله! ثم إننا لا نستطيع السفر إلى أقربائنا لأن هناك رجالا في كل بيت نذهب إليه مثلا زوج خالتها أو أبناؤها،

وإذا اضطررنا لذلك فإن سماح لا تستطيع النوم من يوم السفر حتى يوم العودة، لأنها لا تثق في الرجال! والأمر لا يقف عند هذا الحد، بل إنها تظل تسألنا وتلح في السؤال ما يزيد على الأسبوع بعد عودتنا هل لم يحدث شيء سيئ لي أو لواحدة من أخواتي؟».

وتعتبر حالة سماح هذه مثالا آخر على أفكار الخوف التسلطية (أو المخاوف الوسواسية) التي تتركز حول العدوى والتلوث وكذلك الاعتداء الجنسي، وتصاحبها طقوس قهرية تساعد على التخفيف من حدة القلق الذي تسببه هذه الأفكار مثل طقوس التنظيف والتجنب وكذلك السؤال المتكرر والذي يشترك أعضاء الأسرة فيه بتقديم الرد الذي يطمئن المريضة وكأن ردهم هذا جزء متمم للطقس القهري، كما تتضح عملية توسيع نطاق المخاوف، فالخوف من المادة البيضاء أصبح من كل مسحوق أبيض ومن العدوى بإبرة ملوثة بالإيدز أصبح من كل شيء مدبب وهذه العملية تشبه عملية التعميم Generalization في المخاوف المرضية Phobic Disorders وكذلك طريقة التفكير التي تمكن تسميتها بالتفكير السحري أو الخيالي Magical Thinking، كما يتضح في هذا التاريخ المرضي الدور الذي تلعبه الوراثة في انتقال اضطراب الوسواس القهري من جيل إلى آخر، كما يتضح التأثير السيئ الذي يمكن أن يتركه مرض الأم بالوسواس القهري على أطفالها، وقد أخبر الطبيب سماح أن حالتها هي اضطراب الوسواس القهري، وأن لديها العديد من الوساوس أو الأفكار التسلطية والعديد من الأفعال القهرية المرتبطة بها وأن العلاج ينقسم إلى شقين أحدهما واحد من عقاقير الاكتئاب التي تزيد من نسبة السيروتونين في المشابك العصبية في المخ، وأما الشق الثاني فهو جلسات العلاج السلوكي المعرفي وكلا الشقين يساعد الآخر ويتممه: وبالفعل واظبت سماح على الدواء وعلى جلسات العلاج المعرفي السلوكي وكان من ضمنه أنها مثلا تلمس كعب حذائها بإصبعها في خلال الدقائق العشر الأولى من الجلسة ثم تمسك حقيبة يدها بعد ذلك، كما كانت تفتح باب غرفة الطبيب بنفسها عدة مرات، وصارت تفتح باب البيت بنفسها بعد ثلاث جلسات، وتحسنت حالتها تماما بعد مضي ثلاثة شهور من العلاج فكانت في شهر رمضان-الشهر الرابع من بداية علاجها- تعطي الصدقات بنفسها للمحتاجين، ولم تعد تخاف منهم وصارت تسير في الشارع كأي واحدة من زميلاتها.

ثالثا: الأفكار الوسواسية: وكانت في نسبة ٣٨٪ من الحالات (Okasha et al 1991.)، وهذه الأفكار تأخذ أي شكل من أشكال الأفكار، ولكنها لابد أن تتصف بالصفات السابق ذكرها لكي ينطبق عليها تعريف الطب النفسي للفكرة التسلطية (الوسواسية)، وفي كثير من الأحيان تقتحم الفكرة التسلطية الوعي، وتعذب المريض الذي يرفضها كلية ولكنه لا يستطيع الخلاص منها، ويبين التاريخ المرضي للحالتين التاليتين بعض نماذج هذه الأفكار:

(٣) «السائل الأصفر لا يكفي!»

كانت عزة (وهذا ليس اسمها الحقيقي) في الرابعة والعشرين من عمرها، عندما جاءت إلى الطبيب النفسي بعدما سمعت برنامجا على إحدى الفضائيات، تكلم فيه طبيب نفسي عن اضطراب الفصام واضطرابات القلق. وعندما سألها الطبيب عن شكواها قالت له إنها تشعر بأن لديها مزيجا من المرضين. وربما كانت حالتها أصعب من ذلك، لأنها شخصيا كانت تعتقد أن ما لديها هو نوع من الجنون، وقالت للطبيب ألا يمكن أن تسألني أنت، فأنا أعتقد أن ذلك سيجعل الأمور أبسط بكثير، فسألها الطبيب عن عملها وعمل زوجها وعن علاقتها به، فقالت إنها مدرسة لغة فرنسية في إحدى المدارس وزوجها مهندس على قدر كبير من الأدب والحنان، وهو يحسن معاملتها إلى الحد الذي يخجلها أحيانا، وعندما سألها الطبيب مرة أخرى عن طبيعة الأعراض التي تعاني منها أخذت تحكي له مرة أخرى أجزاء مما سمعته على القناة الفضائية، مثل المعتقدات التي لا أساس لها من الصحة، ونفت من نفسها أن تكون قد سمعت أصواتا أو رأت خيالات، وطلبت مرة أخرى من الطبيب أن يسألها هو.

وكانت تبدو مرتبكة وخائفة إلى حد كبير، وعلى حافة البكاء الذي ما لبثت أن استسلمت له عندما قال لها الطبيب النفسي إنه يستطيع مساعدتها بقدر ما تستطيع هي الإفصاح له عما تعانيه، لأنه لا يرى أن لديها ما لا تريد أن تقوله، وعندما طمأنها الطبيب إلى أن ما ستقوله سيكون سرا من أسرار المرضى، سألته مرة أخرى، وهل يمكنني أن أقول أي شيء؟ فأجابها الطبيب: بالطبع يمكنك أن تقولي أي شيء، وكل شيء.

فقالت عزة بعد ذلك: والله يا دكتور إنه لأمر مخجل ولا معنى له، لكنني لا أستطيع الخلاص منه، أنا أعاني منذ زمن بعيد ولا أستطيع الإفصاح لأحد عما أعاني منه، فقد بدأت الحكاية بعد الزواج مباشرة، أي منذ سنتين وأنا

في دوامة من العذاب، فأنا في ليلة الزفاف حدثت لي حادثة غريبة وهي أن الغشاء عندما دخل بي زوجي لم ينتج عن فضه إلا بعض السائل الأصفر، وأنا رأيت ذلك السائل بنفسي وتوقعت أن يطلقني زوجي لكنه لم يفعل ولم يناقشني حتى في هذا الموضوع، وكأنه قرر أن يتركني لنفسي، مع أنني والله ما أخطأت ولا لمسني رجل غير زوجي لا قبل الزواج ولا بعده، بالطبع أنا مت من الخوف بيني وبين نفسي، وكنت أتمنى أن يلومني زوجي لكي أوضح له أنني لم أخطئ في حقه لكنه لم يفعل !!، وسألت طبيبة النساء والولادة بعد ثلاثة شهور من الزواج فقالت لي: «إنها مصادفة عادية كثيرا ما تحدث، فليس شرطا أن ينتج دم عن فض الغشاء، وأنا كنت أتوقع أن يجيء السؤال من الزوج، ولكنك تبدين الكثير من القلق بسبب موضوع لا قيمة له»، ولكن الأمر بالنسبة إليَّ ليس تافها بالمرة. إنه يصل إلى حد الاعتقاد أحيانا. فالحقيقة أنني لا أستطيع أن أتخلص من فكرة أنني لابد أن أكون قد أخطأت، على رغم أنني أعرف أنني لم أخطئ !! فهل يمكن أن أكون قد أخطأت ولكنني نسيت ؟ لابد أن هذا قد حدث لأن الله لا يمكن أن يعاقبني ذلك العقاب دون مبرر!! أو ربما يكون ذلك لأنني سوف أخطئ في المستقبل. نعم لابد من سبب لما حدث يا دكتور أليس كذلك ؟ وزوجي هل تراه لم يعرف ؟ لا بد أنه عرف ولكنه فضل ألا يتكلم في هذا الموضوع، فأنا أذكر أنه تكلم معي قبل الزفاف عن هذا الموضوع وقال لي إنه سأل أحد أصدقائه المتزوجين، يعني هو يعرف جيدا كيف تكون البكر، لكنه لسبب ما لم يتكلم معي في هذا الموضوع، ولم أشعر منه إلا بالحنان والثقة. وها أنا حامل في الشهر الرابع. وعندي طفلة عمرها ستة شهور، ولو كان في نيته شيء لما كان سكت على ذلك.

إلا أنني تذكرت حادثة أخرى حدثت لي وأنا صغيرة، كان عمري أيامها سبع سنوات وكنت على سطح البيت عندما أمسك بي ابن خالتي الكبير وأدخلني في غرفة الغسيل ولم يكن على السطح سوانا، وقد وضعني على حجره وفعل ما لا أتذكره بالضبط، لكنني لم أشعر بالألم... فقط بالخوف، وأذكر أنني جريت منه بمجرد أن تمكنت وانزلقت على السلم من فرط خوفي وارتباكي ورأتني خالتي وأنا أجري وهو يحاول اللحاق بي، وأنا بالطبع لم أخبر أحدا بذلك، لكن خالتي جاءت في اليوم التالي وتكلمت معي وقالت إنها ضربته وإنها كانت تخاف أن أكون قد شكوت لأمي وطمأنتني هي إلى أنني لم

أصب بسوء، وأنا طبعا لم أكن أفهم ماذا تقصد خالتي بالضبط، فكل فكرتي عن الأمر أيامها كانت أنه عيب، لكنني لم أكن أعرف لماذا هو عيب؟ هل تعتقد يا دكتور أن لذلك علاقة بما حدث لي ليلة الزفاف؟ لقد قالت لي طبيبة النساء أن لا علاقة بين هذا الحدث الطفولي وغشاء البكارة، خاصة أن شيئا لم يحدث، وخالتي نفسها قامت بالكشف علي، وهنا قال لها الطبيب وأين هو الفصام إذن؟ فقالت له ها هو الاعتقاد الخاطئ الذي لا معنى له، أنا أخطأت مع أنني لم أخطئ، أو أنني سأخطئ مع أن هذا بعيد كل البعد عن شخصيتي وتكويني، فأنا من بيت دين، وأبي شيخ معمم، صحيح أنني لم أسمع أصواتا ولا حدثت لي تخيلات، ولكن الطبيب النفسي قال إن الهلاوس ليست شرطا لتشخيص اضطراب الفصام، فأوضح لها الطبيب أن الفصام لا علاقة له إطلاقا بما تعاني منه، ولكنه يريد منها تفصيلا أكثر لهذه الأفكار التي تنتابها، فقالت: الأفكار كلها تدور حول غشاء البكارة اللعين الذي لم يكن كما يجب أن يكون، وحول موقف زوجي الذي لم يعلنه بعد، ثم هل يا ترى حكى لأمه ؟ هل يمكن أن يكون كل من حولي يعرفون ما حدث؟ لا أظن لأن الكل يعاملني باحترام، وأنا أذكر يا دكتور أن قسوة هذه الفكرة تزيد بشكل كبير في أثناء الحمل ولا أدري لماذا ؟ هل تعرف هذه الفكرة تعذبني وأقرر أحيانا أن أسأل زوجي عن سبب إخفائه لرد فعله ليلة الزفاف. ولكنني أتردد. والجملة على طرف لساني، وأفضل الانتظار إلى أن يفعل الله بي ما يشاء، ثم إنني نسيت هذه الفكرة بعد ولادة طفلتي الأولى، وكنت أظن أنها انتهت إلى غير رجعة، لكنني كنت واهمة على ما يبدو، أنا علاقتي بالله على ما يرام، ولكنني أحس بأنه سبحانه وتعالى غير راض عني، لأنه لو لم يكن غاضبا علي لما عاقبني بمثل هذا العقاب، أليس كذلك؟

وتمثل هذه الحالة واحدة من حالات الوسواس القهري التي تتركز فيها الفكرة التسلطية حول رعب البنات في مجتمعاتنا العربية من حدوث ما لا تحمد عقباه لغشاء البكارة، ولا يتضح من مجموعة أعراض الوسواس القهري إلا وجود الأفكار التسلطية، كما يوجد في التاريخ المرضي للحالة ذكر حادثة تحرش جنسي واحدة وبسيطة الأثر على ما يبدو، إلا أن الحالة في مجملها تعبر عن قدر المخاوف الجنسية التي تعيش فيها الكثيرات من النساء في مجتمعاتنا العربية من دون مبرر، اللهم إلا الجهل والخرس فيما يتعلق

بالأمور الجنسية، وقد أفهمها الطبيب بعد سماعها أن ما تعاني منه ليس فصاما، وإنما هو اضطراب الوسواس القهري، وأنه يوجد له علاج، وإن كانت المشكلة هي أنها حامل، وربما احتاجت إلى بعض وسائل العلاج غير الدوائية لكي لا يكون هناك احتمال لتأثر الجنين، وتم بعد ذلك استخدام العلاج المعرفي الذي أبدت تعاونا كبيرا مع الطبيب فيه، وتحسنت حالتها بعد ولادة طفلتها الثانية إلى حد كبير.

(٤) «ممتلكات الشيطان»

كانت سارة (وهذا ليس اسمها الحقيقي) في السابعة والعشرين من عمرها عندما أتت مع زوجها للعرض على الطبيب النفسي، بعد أن طلب طبيب الأمراض الباطنية منه ذلك ونصحه بألا يتراجع، ولم يكن الزوج مقتنعا بذلك لأنه يرى أنه يوفر لزوجته كل ما تحتاج إليه من رعاية وحنان، وليست هناك أي مشاكل نفسية في حياته ولا حياتها، لكنه لاحظ في الفترة الأخيرة بعد أن أنجبت له الطفل الثاني أنها لا تأكل إلا أقل القليل ولا تنام بعمق كما كانت، ولم تعد تهتم بالمنزل الذي كانت قطع الأثاث فيه وكانت جدرانه وأرضه لامعة كالمرايا من يوم أن تزوجها، حتى أن أهله كانوا يضربون بها المثل في النظافة. كل ذلك أهملته ولم تعد تهتم بشيء، لكن المهم أنها قد بدت عليها مظاهر الضعف وهو خائف عليها وعلى ابنه الرضيع الذي لم يكمل الشهر الرابع من العمر. كل ما كان يريده من طبيب الباطنة كان كتابة بعض المقويات وفواتح الشهية، وقد فعل ولكن بلا نتيجة لمدة أسبوعين، وهو ما دفع الطبيب الباطني عند إعادة عرضها عليه إلى طلب عرضها على طبيب الأمراض النفسية؛ ولم تكن لدى زوجها أي إضافة إلى ما كتبه الطبيب الباطني في تحويله إلا أن زوجته بدأت ترفع صوتها بالتكبير أو قراءة القرآن أكثر من المعقول عندما تصلي، وأنها تكرر التكبير أيضا في بعض الأحيان.

ولم تقدم سارة تفسيرا لذلك عندما سألها الطبيب النفسي، ولكنها طلبت منه أن يصف لها بعض المهدئات بحيث لا تؤثر في الرضاعة، وكانت مصرة على أنه ليست لديها أي مشاكل نفسية، وكل ما هنالك هو بعض الأرق وفقدان الشهية الذي حدث لها منذ حوالي شهرين، أي بعد ولادة طفلها بشهرين وهي لا تدرك له سببا. وعندما طلب الطبيب من زوجها الخروج لكي يسمع المريضة وحدها وخرج الزوج بدا عليها شيء من الاستعداد للكلام، كما

ظن الطبيب، لكن الكلام الذي قالته كان: «أنها لا ترى علاقة بين الصلاة والطب النفسي، وأنها ربما كانت تحتاج إلى استشارة أحد الشيوخ لكنها خائفة من ذلك!». وهنا أمسك الطبيب النفسي بطرف الخيط وقال لها إنه يكاد يستشف نوع المعاناة الذي تعانيه، لكنه غير متأكد بعد؛ وهو يعتقد أن بإمكانه أن يساعدها وأن يسأل لها أحد أساتذة الفقه الإسلامي إذا رأى في مشكلتها ما يحتاج إلى ذلك، وعندما قال ذلك ترقرقت عيناها بالدموع وبدت رعشة في ذراعها، وما لبث أن اختنق صوتها بالبكاء وهي تقول: «أنا سيدة مسلمة وملتزمة، وكنت أكثر زميلاتي التزاما بالصلاة وقراءة القرآن وحفظ ما يمكنني منه منذ طفولتي، ودائما كنت حريصة على ألا أغضب الله، لكنني انتهيت وضاعت حياتي كلها هباء وكفى! كفى يا دكتور!». فقال الطبيب النفسي لها: «وما الذي أضاع حياتك لا قدر الله ؟ أنت سيدة طيبة ولا أظن فقدان الشهية أو اضطراب النوم أو اضطرارك إلى رفع الصوت في أثناء الصلاة بالتكبير أو غيره يعني ضياع الحياة. يا سارة لا تخافي واعلمي أن الكثير من الأمور يعذب الإنسان لأنه يجهله وليس أكثر، فإذا أخبرتني ببواطن الأمر ربما وفقني الله ووجدت عندي ما يحل المشكلة، لن تخسري شيئا، وكل ما تقولينه داخل ضمن أسرار المهنة، قولي لعلي أوضح لك ما تجهلين».

وعند ذلك أجهشت بالبكاء وقالت ودموعها تسيل: «أنا أعرف، وليس هناك ما أجهله إلا لماذا أنا بالذات ؟ فأنا لم أفعل ما يمكن الشيطان الرجيم مني إلى هذا الحد إنه يسكنني يا دكتور ولا يتركني رغم استعاذتي بالله. إنه لا يوسوس لي مثلما يوسوس للناس فيطردونه بذكرهم الله. لا، أنا أصبحت من ممتلكاته ولا أدري لذلك سببا، نعم أنا من ممتلكات الشيطان !، فهل يمكن أن يساعدني أحد؟ إنني حاولت التخلص من وسوسته، وما تعلية الصوت بالتكبير ولا بالقراءة في أثناء الصلاة إلا لذلك! إنه لإحساس بشع أن يتمكن الشيطان الرجيم من إنسان إلى هذا الحد بشع بشع بشع». وطلب منها الطبيب أن تهدأ لبعض الوقت، ثم توضح له بعد ذلك ماذا تقصد بقولها أن الشيطان يسكنها؟ وأضاف أنه الآن على يقين من أن مساعدتها ستكون بفضل الله في استطاعته، لأنه يستطيع أن يستنتج من كلامها أن ما تعاني منه هو اضطراب نفسي معروف، وله علاج إن ـ شاء الله ـ لكنه ما زال يحتاج إلى بعض التوضيح منها. وهنا قالت: «يا دكتور أنا مخلوقة غضب الله عليها،

ومثلي لا يمكن أن يساعدها أحد، لأن الله لن يقبلها! وهي لا تستحق إلا اللعن!». وهنا قاطعها الطبيب وقرأ: بسم الله الرحمن الرحيم ﴿قل يا عبادي الذين أسرفوا على أنفسهم لا تقنطوا من رحمة الله إن الله يغفر الذنوب جميعا إنه هو الغفور الرحيم﴾ صدق الله العظيم (الزمر: ٥٣).

ثم قال لها: «وأنت لم تذنبي، لكنك مريضة، والله سبحانه وتعالى أعلم بك مني ومن نفسك. يا سارة لا تيأسي من رحمة الله، واذكري لي ما تخجلين من ذكره، وإن شاء الله يكون شفاؤك قريبا». وبدا على وجهها شيء من الراحة وإن ظلت دموعها جارية وقالت: «يبدو أنك لا تتخيل الموقف يا دكتور، لأن ما أفعله بالفعل بشع وأبشع من كل ما يمكن أن يقال. يا دكتور، أنا أشتم الله عز وجل، وأتخيله سبحانه في مواقف... لا تليق... لا لا أرجوك يا دكتور كفاني كفرا ولا تحمل نفسك ذنبا لا يغفر لكي تساعد كافرة مثلي، جزاك الله خيرا، وأرجوك ألا تفضحني أمام زوجي!» ورد عليها الطبيب بقوله: يا سارة أنا ما زلت أصر على أن ما تعانين منه هو مرض لا يد لك فيه ولا مسؤولية عنه، بل أكاد أؤكد لك أن ما يحدث لك من عذاب بسبب الأفكار والخواطر التي تحسبينها آثاما عظيمة إنما تثابين بها عند العليم الغفور الرحيم. يا سارة إن الشيطان الرجيم لا يسكن أحدا من البشر، وإنما تقف مقدرته عند حد محاولة الإغواء وتزيين العمل المنكر، وإلهاء الناس عن العمل الصالح، ولا قبل له بمن يستعيذ بالله، لأنه بنص القرآن الكريم يخنس أي يختفي عند ذكر الله عز وجل، ولذلك قال تعالى في سورة الناس ﴿من شر الوسواس الخناس﴾، ولم يقل الوسواس فقط! يا سارة ما تعانين منه هو مرض الوسواس القهري، وقد وفق الله الناس إلى اكتشاف علاج له، وعلي أن أكتبه لك، وإن شاء الله يكون الشفاء! ولكن قولي لي ما حكاية عدم اهتمامك بما كنت مضرب المثل فيه من قبل؟ لماذا تركت العناية بالمنزل؟ فأجابت: يا دكتورأنا طوال عمري موسوسة من ناحية النظافة، وكذلك أختي ووالدتي يرحمها الله، وأعتقد أن هذه صفة محمودة، ولكنني في الفترة الأخيرة لم أعد أجد لزوما للنظافة، لأنني اتسخت من داخلي وأصبحت مرتعا للشيطان، فما قيمة أن أنظف الجدران أو الأرض؟ لا فائدة، إنني مصدر بلاء وغضب من الله، ولا أريد أن أنافق!

ويتضح في تاريخ هذه الحالة مقدار البلاء الذي تعانيه المريضة ولا تستطيع الإفصاح عن سببه، وأما السبب نفسه فهو نوع من أنواع الأفكار التسلطية عادة ما يصيب المؤمنين الأتقياء، أي الحريصين على حسن علاقتهم بالله، سبحانه وتعالى، فتهاجمهم الفكرة التسلطية في أقدس ما لديهم وتسمى هذه النوعية من الأفكار بالأفكار التجديفية أو «الكفرية» التسلطية Blasphemous Obsessions، كما يتضح وجود ما قد يكون طقوس نظافة قهرية في المريضة نفسها وفي أمها وأختها، ولكنه لم يتسبب على ما يبدو في لجوء أي منهن إلى الطبيب النفسي، لأن النظافة كما قالت - صفة محمودة، كما أن امتناعها عن الاهتمام بتنظيف بيتها الذي كانت تبالغ فيه يبين شدة الاكتئاب المصاحب لاضطراب الوسواس القهري، وهو شكل من أشكال الاكتئاب التي تتحسن مع تحسن أعراض الوسواس القهري نفسه. ولما كانت سارة تعاني من أفكار تسلطية فقط وصف لها الطبيب الدواء؟ وأوضح لها أنها تحتاج إلى بعض الصبر مع الاستمرار في تناوله، لأن فاعليته لا تظهر قبل عدة أسابيع من العلاج؛ وبعد ثلاثة أسابيع من ذلك جاءت سارة مع زوجها، وقد انفرجت أساريرها، خاصة بعدما حكت كل شيء لزوجها، الذي حمد الله على تحسنها وهدوئها الذي اشتاق إليه كثيرا: وقالت إنها أصبحت الآن أفضل بكثير مما كانت، فهي الآن تستطيع الصلاة بهدوء وتستطيع مقاومة الأفكار التي لم تكن تستطيع مقاومتها وإن كانت لا تزال تهاجمها أحيانا، وفي الأسبوع السادس من العلاج كانت سارة قد استعادت توازنها تماما، وإن كانت لا تزال تتذكر ما حدث لها بشيء من الضيق والحزن، وناقشها الطبيب في أن المهم هو أن تستطيع مقاومة الأفكار التي لا تريدها، لأن كل إنسان معرض لأن يخطر في ذهنه ما لا يرضى عنه، لكنه إن لم يكن يعاني من الوسواس القهري يستطيع التخلص من أي فكرة ما دام لا يريدها، وهي الآن تستطيع ذلك، وأوصاها بمتابعة العلاج مدة السنة على الأقل، وأفهمها أنها بعد ذلك ربما تستطيع إيقافه، بشرط أن تتصل به إذا لاحظت رجوع أي من الأعراض.

رابعا: الاندفاعات الوسواسية: وكانت في نسبة ١٥,٥٪ (Okasha et al 1991)، والاندفاعات الوسواسية تأخذ شكل الرغبة في فعل شيء خارج عن المألوف في موقف مهيب كأن يضحك الواحد في سرداق العزاء بصوت عال، أو أن يخرج الواحد لسانه أو أن يتفل في المسجد أو الكنيسة أو أن

يتفوه بألفاظ خارجة، أو ربما أخذت شكل اندفاعات جنسية تجاه المحارم، أو شكلا عدوانيا تجاه الناس في الشارع أو في الأوتوبيس مثلا، أو ربما أخذت شكل اندفاعة انتحارية كأن تحس الواحدة برغبة ملحة في أن تلقي نفسها من شرفة البيت كلما وقفت فيها، أو برغبة ملحة أن تلقي نفسها في البحر أو أن تفتح باب السيارة وهي مسرعة وتلقي بنفسها منها، أو أن تخاف امرأة من أن تطعن أحد أبنائها أو بناتها بالسكين، ومن بين الأمثلة عندنا هذه الفتاة التي كانت تعاني اندفاعة الحسد وأرسلت مشكلتها إلى صفحة مشاكل وحلول للشباب على موقع إسلام أون لاين بعنوان «الوسواس والحسد واللغة العربية»:

الوسواس والحسد واللغة العربية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته. أشكر لكم جهودكم الجبارة راجية من الله لكم النجاح والتوفيق، أتمنى أن تساعدوني في حل هذه المشكلة، وهي أنني منذ أكثر من ٣ سنوات أعاني من وساوس كثيرة، بعض منها على شكل أفكار تشككني في الإسلام، ومع بداية هذه الأفكار كنت أشعر بشيء يتكون على صدري يجعلني لا أشعر بالراحة، ولا أشعر بنفس الخشوع الذي كنت أشعر به سابقا عند قراءة القرآن وعند الصلاة، وعندما سألت شيخا قال لي إن الذي على صدرك هو شيطان، وسيزول بقراءة القرآن، وفعلا عندما قرأت القرآن شعرت بأن نصف الذي كان على صدري قد زال. ولا تقولوا لي بأنك تتخيلين وجود هذا الشيء، كما يقول أهلي، لأنه شيء محسوس، ولكنني للأسف لم أواظب على قراءة القرآن: الأمر الذي جعل الشيء الثقيل يعود، أنا متضايقة جدا، خصوصا أن شهر رمضان على الأبواب: حيث إن الأفكار تزيد في رمضان بشكل غير طبيعي، وهناك أيضا فكرة أخرى تضايقني كثيرا، وهي أنني أخاف على كل الذين أحبهم أن أصيبهم بعيني: الأمر الذي يجعلني دائما أردد بسبب وبلا سبب «تبارك الله»، ولكن الأفظع من ذلك أن الشيطان أصبح يوسوس لي بأن أحسد، وللأسف أن أحسد أقرب الناس لي! أقسم بالله أنني أحاول جاهدة رد هذه الوساوس، ولكن بلا جدوى، ودائما أشعر بتأنيب الضمير تجاه أهلي، وكيف يمكن أن أضرهم وقد قدموا لي كل ما أريد. إنني أكره نفسي، وأشعر بأنني إنسانة منافقة، ولكن ماذا أفعل؟ وعندما راسلت «اسألوا أهل الذكر» قالوا

لي إنك تعانين من أعظم أمراض القلوب التي يصعب التخلص منها، إذن فكيف يمكنني التخلص منها، أم أنني أعيش هكذا مدى الحياة؟ أرجوكم ساعدوني، ولا تتركوني أضيع. وآسفة على الإطالة.

ويتضح في هذه الحالة، إضافة إلى اندفاعة الحسد التي تأخذ شكل الفكرة الاقتحامية، عديد من المفاهيم التي تحتاج إلى التعليق، ولذلك أورد الرد عليها هنا: «الأخت السائله: ليس فيما تشتكين منه شيء صعب الشفاء بإذن الله وتوفيقه، فكما قلت أنت هي وساوس بعضها من الشيطان، وهي تلك التي كانت تزول باستعاذتك بالله من الشيطان الرجيم، وبعضها من الوسواس القهري: فأنت ـ إذا صح فهمي، وهو بإذن الله صحيح ـ لديك حساسية عالية للوسوسة في بعض الأمور؛ ولذلك أصابتك بعض الأفكار التسلطية التي هي من جنس الوسواس القهري، وهي التي لا تزول بالاستعاذة وإنما تحتاج أيضا إلى الدواء، وعند هذا الحد أنصحك بأن تنتقلي إلى الإجابات السابقة التي تتناول موضوع الوسواس القهري من كل جوانبه التي تهمك بفضل الله تعالى، وكلها على صفحات مشاكل وحلول للشباب: الوسواس القهري «الموت» فقط، الخناس.. واللا خناس أنواع الوسواس، الوسواس القهري أنواعه وأعراضه وحكمه الشرعي، وأما الذي تشتكين منه من شعورك بثقل على صدرك يحرمك من الشعور بالراحة ومن الخشوع في الصلاة، فهو عند الطبيب النفسي إلا علامة من علامات الاكتئاب التي يصفها المريض، وهي في حالتك في الحقيقة عرضان لا واحد:

الأول: هو الشعور بشيء ما ثقيل يضغط على الصدر، ويحرم المرء من الراحة حتى في أخذ نفسه.

والثاني: هو فقدان الشعور بالخشوع أثناء مناجاة الخالق عز وجل، سواء في الصلاة أو في غيرها، وهذا واحد من علامات الاكتئاب أيضا؛ لأن الاكتئاب الشديد ـ أعاذنا الله منه ـ يسلب الإيمان.

ولكنك عندما قرأت القرآن استرحت بعض الشيء يا أختي السائلة، أليس ذلك ما يجول في خاطرك؟ أنت بالفعل استرحت لسببين:

١ـ هو أنك قرأت القرآن الكريم بنفسك، ولم يقرأه عليك الشيخ، وإنما اكتفى ـ جزاه الله خيرا ـ بأن نصحك به، وذكر الله عز وجل يطمئن القلوب، والله تعالى يقول: ﴿ألا بذكر الله تطمئن القلوب﴾. إذن فالذي حدث أن قلبك اطمأن بذكر الله تعالى وزال عنك جزء من ذلك العرض الاكتئابي، ولكن الاكتئاب لا يزال عنيدا.



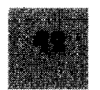
٢ـ أن اكتئابك من النوع الخفيف أو المتوسط الشدة بإذن الله تعالى، وليس من الشدة إلى الحد الذي يمنعك حتى من القدرة على قراءة القرآن ـ أعاذك الله من مثل هذا الاكتئاب الشديد.

ولكن عليك، بالرغم من أنه اكتئاب خفيف أو متوسط الشدة، أن تتناولي أحد عقاقير الم.ا.س.ا (وهي عقاقير علاج الاكتئاب التي تزيد من تركيز السيروتونين في المشابك العصبية في مناطق معينة من المخ البشري، فيمكنها الله تعالى ويمكننا بها من ضرب عصفورين خبيثين، وهما الاكتئاب والوسواس القهري بحجر واحد هو الم.ا.س.ا)، وعليك من أجل ذلك أن تستشيري أقرب طبيب نفسي لك.

وأما الجزء الأخير من رسالتك فقد هيج في نفسي الكثير من المشاعر، حيث إني أختلف كثيرا في وجهة النظر مع من قام بالرد عليك في صفحة «اسألوا أهل الذكر»، عندما استشرته عن الفكرة التسلطية التي تعذبك بإلحاحها عليك، وهي أنك تحسدين، حتى أصبحت ترددين «تبارك الله» بسبب وبلا سبب كما قلت، وأحب أن أقول لك قبل كل شيء: إنه يوجد دائما سبب لكي نقول تبارك الله، وأنت دائما تثابين على قولك «تبارك الله»، ما دمت ترين لقولك هذا سببا في خلق الله «تبارك الخالق في كل ما خلق». وأما ما أود إيضاحه في حالتك هذه، فهو ما يلي:

أولا: أنت مسلمة قلبها مملوء بالحرص على ألا تغضب ربها، وقلب كهذا لا يمكن أن يكون مريضا، ولا يمكن أن يكون فريسة سهلة للشيطان (أي للوسواس الخناس)، وهذا رأيي الشخصي المتواضع، أقوله وأنا مسؤول عنه أمام الله عز وجل، بل إنني أسأل بصوت عال كل من يحكم على قلب كقلبك بأنه يعاني من أسوأ أمراض القلوب التي يصعب التخلص منها، كما قلت في إفادتك إن أحدا من صفحة اسألوا أهل الذكر قال لك! أسأل من قام بالرد عليك: كيف لم ير قلبك كما أراه؟

ثانيا: ما تعانين منه هو وسواس قهري ! وليس وسواس نفس ولا وسواسا خناسا، (وأظن أن الفرق الآن بين هذه الأنواع الثلاثة واضح لك. إن كنت قد قرأت ما أحلتك إليه من مشكلات سابقة على صفحتنا مشاكل وحلول للشباب)؛ فالفكرة التسلطية هي أنك تحسدين أو ستحسدين من تحبين، وأنت تجابهينها وتحاربينها بقولك: «تبارك الله» بسبب وبلا سبب (كما قلت لي في إفادتك)، وهذه التي بلا سبب (على الأقل)، هي الفعل القهري الذي تفعلينه مرغمة لتقللي من القلق الناشئ عن إلحاح الفكرة التسلطية عليك!



ثالثا: علاجك بفضل الله تعالى ممكن وإن شاء الله ناجح، وذلك باستخدام أحد عقاقير الم.ا.س أو الم.ا.س.ا من مضادات الاكتئاب الكثيرة، وهو ما يستطيع أقرب طبيب نفسي لك أن يكتبه، وتتحسنين إن شاء الله خلال عدة أسابيع من الاستمرار على العقار الموصوف.

رابعا: أحب أيضا أن أقدم شيئا من التبرير لمن قام بالرد عليك من صفحة اسألوا أهل الذكر، فصاحبنا الذي رأى في حالتك حاسدة أو موسوسة بالحسد إنما قرأ كتبا مكتوبة من تواريخ بعيدة عن الوسواس، والوسواس حسب الفهم الإسلامي القديم (قديم بالنسبة لفهمنا اليوم، ولكنه كان إبداعا يحدث لأول مرة في التاريخ في وقته، حيث وضح طبيعة الشيطان وطريقة عمله لأول مرة في تاريخ الفكر الإنساني الديني، مقارنة بالأديان التي سبقته)، المهم أن القراءة للكتب العربية التي تتكلم عن الوسواس تقسم الوسواس عند صاحبي إلى قسمين: وسواس الشيطان ووسواس النفس، ويوضع الوسواس القهري مع وسواس النفس فإن رآه مرضا رآه جنونا، نعم هكذا كان الفهم لمن يجدون ويجتهدون من الفقهاء، وما زال مع الأسف، لسبب بسيط هو عدم شيوع كلام مكتوب ومتخصص عن الوسواس القهري باللغة العربية».

وتقارن الدراسة (Okasha et al ,1991) هذه الوساوس الموجودة عند العرب بمثيلاتها في بلد من بلدان العالم الثالث هو بلد العجائب في تراثنا العربي الهند (Khanna & Channabasavanna ,1988) في جدول توضيحي رأيت أن أنقله هنا لأبين بعض الفروق في محتوى الوساوس - (الجدول ١) - وكما يتضح من الجدول فإن النسب متقاربة إلى حد كبير إلا فيما يتعلق بالوساوس الدينية ووساوس النظافة فالوساوس الدينية أكثر في العرب المصريين وأقل في الهنود؛ وعكس ذلك في حالة الوساوس المتعلقة بالنظافة فهي أكثر في الهنود ! وأنا شخصيا لي رأي في ذلك خاصة وأن ٩٠٪ من الحالات في الدراسة العربية كانوا من المسلمين؛ والوساوس الدينية عند المسلمين جزء كبير منها يمكن أن يدخل تحت عباءة الوساوس المتعلقة بالنظافة لأن الشريعة الإسلامية هي أكثر الديانات حثا على النظافة ولعل في ذلك ما يفسر الفرق وليس الأمر كما يبدو لأول وهلة أن الهنود أكثر حفاظا على نظافتهم من العرب المصريين. إلا أن طريقة العرض في هذه الدراسة توحي باحتمال وجود علاقة سببية بين موضوع الطهارة في الإسلام أي بين الوضوء والغسل وما يوجبهما وبين وجود الوساوس الدينية عندنا

كمسلمين بكثرة؛ ولكن ما هو معروف الآن هو أن القابلية أو الاستعداد لحدوث اضطراب وسواس قهري هو شيء يعتمد إلى حد كبير على أسباب وراثية وكيميائية، وأما ما يجده المرء في وساوسه أو أفكاره التسلطية من محتوى فهذا هو ما يتأثر بثقافته وديانته كإنسان. بمعنى آخر لو لم يكن هؤلاء المرضى في الدراسة العربية مسلمين لأصابهم اضطراب الوسواس القهري بالنسبة نفسها، لكن وساوسهم كان من الممكن أن تأخذ شكلا آخر! وسوف نعود إلى مناقشة هذه القضية في موضع آخر من الكتاب.

الجدول (١): مقارنة بين شكل ومحتوى الوساوس في مرضى اضطراب الوسواس القهري بين مصر والهند

موضوع الوساوس	شكوك	أفكار	مخاوف	نزعات	صور عقلية	إدانة	مصر	الهند
الوسخ	٢	٠	٥	٠	–	١	٪٥	٪١٨
الدين	١	٨	٠	٨	٠	٣	٪١٢,٦	٪٤,٥
الجنس	٠	٨	٠	٧	٢	٠	٪١٠,٧	٪١٢,٥
الموت	٠	٦	٨	٣	٠	٠	٪١٠,٧	٪٦
المرض	١	٣	١٥	٠	١	٠	٪١٣,٦	٪٨,٢
العدوانية	٠	١	٠	٣	٠	٠	٪٣,٧	٪٥,٢
الضرر	٠	٢	٧	١	٠	٢	٪٧,٥	٪١٠,٢
الماضي	٠	٧	٠	١	٣	١	٪٧,٥	٪٩,٣
الأنشطة اليومية	١٣	٣	٠	٢	٠	٥	٪١٤,٦	٪١٤,٢

ومن الدراسة نفسها آخذ جدولا آخر (الجدول ٢) وهو يبين الفروق في المواضيع العامة للوساوس بين العرب المصريين (Okasha et al ,1991) وبين الإنجليز (Stern & Cobbs ,1978) واليهود (Greenberg ,1984)، والهنود (Akhtar et al ,1975) أيضا؛ حيث تقارن فيه نتائج الدراسة العربية مع دراسة أجريت في إنجلترا وأخرى في القدس وواحدة في الهند؛ وتظهر المقارنة الغياب الكامل للمواضيع الدينية في وساوس الإنجليز وقلتها في وساوس الهنود وزيادتها وتقارب نسبة وجودها ما بين المسلمين واليهود:

الجدول (٢): مقارنة بين المواضيع العامة للوساوس في مرضى اضطراب الوسواس القهري

	عدد المرضى	القذارة	الضرر	الجنس	الدين	مواضيع أخرى
مصر	٨٤	٤٣٪	٢٢٪	١٨٪	٥٦٪	١٢٪
الهند	٨٢	٤٦٪	٢٩٪	١٠٪	١١٪	٢٧٪
إنجلترا	٤٥	٣٨٪	٢٣٪	٩٪	—	١١٪
القدس	١٠	٤٠٪	٢٠٪	١٠٪	٥٠٪	١٠٪

وفي المملكة العربية السعودية عام ١٩٩١أجريت دراسة Mahgoub & Abdul-Hafez, 1991) على اثنين وثلاثين مريضا باضطراب الوسواس القهري بالمنطقة الشرقية من المملكة، وأظهرت النتائج أن نسبة الأفعال القهرية compulsive acts كانت ٧٨٪، بينما كانت نسبة الشكوك القهرية doubts ٦٦٪، وكان من أهم نتائج هذه الدراسة أن محتوى معظم الأفكار التسلطية والأفعال القهرية محتوى ديني، وأقل أنواع الأفكار التسلطية أو الأفعال القهرية وجودا هو النوع ذو المحتوى الجنسي، ثم أجريت دراسة أخرى في المنطقة الوسطى في المملكة العربية السعودية نشرت سنة ١٩٩٢ وشملت خمسة وأربعين مريضا من فئات أعمار مختلفة وكانت نتائجها مقاربة لنتائج الدراسة التي أجريت في المنطقة الشرقية (Al-Sabaie et al ,1992).

وفي تركيا أجريت دراسة حديثة شملت ١٠٨ مرضى باضطراب الوسواس القهري، أظهرت أن أكثر الأفكار التسلطية شيوعا هي أفكار التلوث التسلطية ثم الأفكار الدينية التسلطية (Tezcan & Millet , 1997)، كما أجريت دراسة تركية أحدث (Millet et al , 2000) تمت فيها المقارنة بين مرضى اضطراب الوسواس القهري من الأتراك ومن الفرنسيين، وأظهرت النتائج أيضا أن الأفكار التسلطية والأفعال القهرية المرتبطة بالتلوث والنظافة كانت الأكثر انتشارا لكنها أكثر في الفرنسيين، كما أن الأفكار التسلطية الدينية كانت أعلى عند الرجال الأتراك وكانت نسبتها ٢٦٪ وهي نسبة أقل من مثيلاتها في مصر(Okasha et al ,1991) و(Okasha, 2001) وفي السعودية (Mahgoub & Abdul-Hafez, 1991) و(Al-Sabaie et al1992)، وكرر الباحثون في هذه الدراسة رأي الباحثين المصريين عن وجود علاقة بين التربية الدينية الإسلامية وبين نوعية أعراض اضطراب الوسواس القهري.

وفي الدراسة الأحدث لعكاشه (Okasha , 2001) تبدو بعض الاختلافات مقارنة بالدراسة السابقة (Okasha et al ,1991) والتي كانت قد نشرت عام ١٩٩١ في نسب أنواع الأفكار التسلطية حيث كانت نوعية الأفكار التسلطية في الدراسة الحديثة عند العرب المصريين كما يلي، وهناك بالطبع مرضى لديهم أكثر من نوع واحد من الأفكار التسلطية كما يتضح من نسب هذه الدراسة التي شملت تسعين مريضا من الرجال والنساء العرب المصريين:

١ـ أفكار تسلطية دينية Religious Obsessions: وبلغت نسبتها ٦٠٪.

٢ـ أفكار تسلطية متعلقة بالتلوث Contamination Obsessions: وبلغت نسبتها ٦٠٪.

٣ـ أفكار تسلطية جسدية Somatic Obsessions: وبلغت نسبتها ٤٩٪.

٤ـ أفكار تسلطية جنسية Sexual Obsessions: وبلغت نسبتها ٤٨٪.

٥ـ أفكار الانضباط والدقة التسلطية Obsessions of Need for Symmetry & Exactness: بنسبة ٤٣٪.

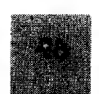
٦ـ أفكار تسلطية عدوانية Aggressive Obsessions: وبلغت نسبتها ٤١٪.

٧ـ أفكار تسلطية متعلقة بالحرص والتخزين Hoarding & Saving Obsessions: بنسبة ٢٨٪.

٨ـ أفكار تسلطية متباينة Miscellaneous Obsessions: وبلغت نسبتها ٣٧٪.

ويقول عكاشه (Okasha , 2001) أنه بعقد مقارنة ما بين نوعية الأفكار التسلطية في الرجال ونوعيتها في النساء بعد فصل الرجال عن النساء من المرضى في عينة البحث) وجد أن الأفكار التسلطية الجنسية في النساء جاءت في المرتبة الثانية بعد الأفكار التسلطية الدينية أي أنها أكثر من الأفكار التسلطية المتعلقة بالتلوث.

ولعل تصفح باب مشاكل وحلول في موقع إسلام أون لاين على الإنترنت يساعد أيضا في إعطائنا صورة عن حجم المشكلة وعن النوعية الغالبة للوساوس التي تنتاب الناس من ذوي الثقافة العربية الإسلامية، وسوف أنقل هنا بعض نماذج الحالات معنونة بعنوانها نفسه على الصفحة، ومن المهم أن أنبه إلى نوعية متصفحي هذا الموقع فهم في معظم الأحوال من المسلمين المتمسكين بدينهم، ومن كل أنحاء العالم أي أنهم لا يقتصرون على العرب من ساكني البلاد العربية، كما أن اهتمام الموقع إسلامي في الأساس بمعنى أن



من يكتبون له يعرفون ذلك، ولذلك بالطبع تأثيره في نوعية المشكلات المعروضة على هذه الصفحة بمعنى آخر ليس كون غالبية الوساوس التي سيرد ذكرها في هذه الحالات دينية يعني أن هذا يمثل كل وساوس العرب والمسلمين، وإن كانت الدراسات العلمية التي أجريت في الدول العربية تشير إلى كون هذا النوع من الوساوس هو الأكثر انتشارا، ولكنه لا يمثل كل الأنواع:

(١) الوسواس القهري: أنواعه وأعراضه وحكمه الشرعي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، بداية أرجو منكم العناية بمشكلتي وجزاكم الله خيرا. أنا فتاة في سن الرابعة والعشرين، التزمت والحمد لله منذ سنتين تقريبا، وكنت في أول ثلاثة شهور في قمة سعادتي وكانت لي روحانيات عالية؛ لأني كنت خارجة من مرحلة تبرج، وكنت أريد أن أعوض ما فاتني، ولكن بعد ذلك أصبحت أشعر ببعض الوساوس، ولكنهم قالوا إن هذا شيطان يريد أن يخرجك من الالتزام، ولكن ظلت تزداد؛ فعكفت على شراء كتب ترد على الشبهات التي أصبحت لا تتركني ليلا ونهارا، ولكن حدث العكس، وهو أني أصبحت أفكر في الشبهات ووساوس في العقيدة حتى أصبحت أشعر أني مجنونة، وأشعر بألم في جسمي عند قراءة أي كتاب في الدين أو القرآن، وأصبحت لا تؤثر في أي موعظة أو ذكر أو القرآن، بل أصبحت لا أطيق سماع شيء لأن كل شيء يذكرني بالوسواس، وأرى كوابيس مما جعلني أذهب إلى الشيوخ، ولم أجد شيئا عندي حتى أنني أشعر بقبضة أو هزة في جسمي عندما أرى أو أسمع ذكر الله، وهكذا أصبحت حياتي بكاء باستمرار وخوفا من أن أموت وأنا في هذه الحال... حتى أني لا أستطيع أن أنظر إلى السماء من الخوف!، لا أدري ماذا حدث لي، ثم بعد ذلك قالوا لي إن هذا بسبب الفراغ؛ فدخلت معهد الدعاة فازددت سوءا، ثم اشتغلت فلم يحدث لي أي تغيير.. وأخيرا قالوا إن هذا وسواس قهري، فذهبت إلى طبيبة نفسية وأنا الآن أتعالج منذ ١٥ يوما، ولكني لا أرى تقدما ملحوظا، وأنا أريد أن أعرف الآتي:

١ـ إذا كان هذا وسواسا قهريا فإلى متى سيستمر؟ ٢ـ هل هناك حكم شرعي لهذا المرض؟ ٣ـ ما مصير أي عبادة أقوم بها الآن من صيام أو صلاة؟ ٤ـ هل القراءة الآن في الكتب سوف تفيدني أم لا؟ فأنا أريد أن أتعلم الدين وأحب العلم، ولكنى أرى أنني لا أستفيد شيئا فأنا أصبحت منعزلة عن العالم، لا أريد أن أقرأ شيئا أو أسمع شيئا. وأصبحت أسمع كأني أسمعها أول مرة

مع العلم أني لم أكن هكذا قبل الالتزام.. فهل هذا ابتلاء يجب الصبر عليه أم أنه يجب المسارعة في إيجاد حل قبل فوات الأوان؟ وأخيرا فأنا أعلم أن الله وحده هو الذي يستطيع أن يرفع عني هذا البلاء، ولكن قد يكون في إجابتكم سبب يرفع به الله البلاء عني.. فأنا في خطر ولا أدري ماذا أفعل؟

(٢) الوسواس القهري.. من الوحدة أم التوحيد؟!

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، أنا طالب وموظف في الوقت نفسه، وأسكن وحدي؛ وذلك بسبب ظروف دراستي، وأنا على وشك التخرج إن شاء الله قريبا، مشكلتي أنني منذ فترة قمت بالتقرب إلى الله عز وجل، وذلك باجتناب معاصيه وفعل أوامره، وبعد هذه المدة بفترة عانيت من اكتئاب وضيق في الصدر ووسواس وكسل وخمول عجيب، وبدأت تراودني أفكار وتساؤلات عجيبة، وإحساس بأنني أول مرة أرى الناس والبشر، وأيضا إحساس بأنني أحلم ولست مع البشر، وبأنني أجهل من أنا؟ تساؤلات كثيرة وغريبة يكاد عقلي يفرغ منها، وما زلت أعاني منذ قرابة الشهر من هذه الأعراض التي لم يسبق أن مرت علي في حياتي كلها، علما بأنني تعرضت لصدمات نفسية وعاطفية في آن واحد منذ فترة، وسألت بعض الإخوة فأفادوا إنها طبيعية، وذلك بسبب التزامك وتقربك إلى الله، فيريد الشيطان أن يردك عن طريق الخير بأن يوسوس لك بهذه الأمور، والبعض الآخر قال لي إنها عين حاسد، ويجب عليك الذهاب إلى المشايخ؛ لكي يقرأوا القرآن الكريم عليك، ويعملوا لك الرقية الشرعية، فذهبت إلى أكثر من شيخ، ولكن استمرت الحال كما هي حتى الآن، ولا أعرف تفسيرا لهذه الأعراض والأمور الغريبة التي قلبت حياتي رأسا على عقب، وأصبحت لا أطيق شيئا أبدا ودائم التفكير، علما بأنني بدأت التقرب إلى الله أكثر وأكثر خلال فترة معاناتي هذه، ووجدت بعض الراحة عندما أذهب إلى المسجد وأصلي؛ لذلك أرجو من القائمين على هذا الموقع المبارك عرض مشكلتي على أهل الدين والعلم؛ لعلي أجد الجواب الشافي والكافي بإذن الله.

(٣) في عيادة النساء... هكذا يكون الكشف!

بعد زواجي بحوالي شهرين قمنا أنا وزوجتي لزيارة طبيب النساء والتوليد؛ لأنها كانت تشتكي من بعض الآلام ثم حدث ما لم أحسب حسابه، وهو طلبه منها أن تنام على السرير ثم قام بفحصها بوضع إصبعه في فرجها لكي يتأكد من حدوث حمل أم لا، ولم يأخذ الفحص بضع ثوان، ثم فحص ثدييها فحصا

بسيطا كدكتور متخصص، وهذه مهنته، والأمر يبدو له وكأنه شيء عادي، ولكن المشكلة تكمن في أنا فلم أكن أتوقع أن الفحص بهذه الطريقة، وأنا لا أحبذ أصلا أن تذهب زوجتي لطبيب نساء وتوليد، وكنت أحبذ أن أذهب إلى طبيبة، ولكني ذهبت إليه نظرا لسمعته الجيدة... إلخ. وأنا في الغربة كلما تذكرت هذا المنظر تعبت نفسيتي وتضايقت جدا وانتابني الندم الشديد، وأقول يا ليتني ذهبت بها إلى طبيبة، ولو حدث منها ما رأيت لكان الأمر طبيعيا. وصورة هذه الواقعة لا تفارق خيالي، فبالله عليكم ماذا أفعل لكي أتخلص من هذه الهواجس، وشكرا، رجاء إرسال الرد على عنواني الإلكتروني الخاص بي.

(٤) الضحك والبكاء وسلامة الغشاء

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، أولا أبدي إعجابي الشديد بهذا الموقع وبكل الحلول المقدمة من قبلكم. ثانيا: أحب أن أوضح مشكلتي التي باتت أكبر مؤرق ومؤلم لي. إن مشكلتي تكمن في اعتقادي اعتقادا جازما بأن غشاء بكارتي غير موجود، ولم يلمسني أحد ولله الحمد، ذلك أنني أعيش في بيئة محافظة.. كل شيء عندها حرام، لا يليق، ممنوع، أنت فتاة، مرفوض. وكانت أمي تقول لنا: إن الصراخ أو رفع الصوت أو الضحك الكثير ورش تلك المنطقة بالماء بغية الوضوء ممنوع وقد يفقدك بكارتك، أصبحت أشك في أمري، ولقد بدأت بوادر هذه المشكلة عندي عندما كنت في الصف الثاني الثانوي عندما شاهدت فيلما مضحكا أضحكني حتى أحسست أن شيئا ما بداخلي يتشقق، وكنت في فترة حيض وأحسست بعدها بآلام شديدة وحساسية. ومنذ ذلك اليوم إلى يومي هذا وأنا أعتقد هذه الاعتقاد. ولقد ذهبت إلى طبيب نفسي، ولكنه لم يقدم لي شيئا سوى أنه نصحني للذهاب لطبيبة للكشف حتى أقطع الشك باليقين، ولكن هذا مستحيل عندنا: إذ كيف أذهب للطبيبة بمفردي؟ وماذا أقول لها؟. أرجوكم ساعدوني أريد حلا. فقد ضقت ذرعا بهذا السر الذي استمر ١١عاما يؤرقني ويقلق علي راحتي، حتى إنني أرفض كل من يتقدم لي، خوفا من أن يكشف أمري، مع أنه ووالله العظيم ما لمسني بشر..

(٥) شكوك مراهقة أم شك مرضي

مشكلتي باختصار أني أشك بكل شيء حولي دون استثناء... أشك في كل ما يقال لي، وفي كل ما أسمعه... مهما كان مصدر ما أسمعه.. أقول في نفسي: «لعله يكون على خطأ، أو لعله يضحك علي، ويريد أن يوقعني في مأزق»، حتى

فيما أقرأ من كتب أو مقالات، أقول لنفسي: «لعل الكاتب مخطئ فيما يطرحه»، وهذا يجعلني أتردد كثيرا قبل القيام بأي شيء.. ويجعلني لا أتبنى أي فكرة أسمعها.. مشكلتي أني أفكر كثيرا، وكثيرا جدا في كل من حولي، ودائما أرى الجميع على خطأ؛ فأناقش نفسي فيما قالوه أو فعلوه، وأحيانا أصل في النهاية إلى أنهم على صواب: ولكن هذا يتعبني كثيرا، ويتعب عقلي ولا أدري كيف أتخلص منه؟! هل هذا شيء طبيعي في سني حيث يضطرب العقل والفكر؟! كيف أبعد عن عقلي كل هذا؟! أنا أدرك تماما أن بعض ما يقال من حولي صواب تماما بلا شك: ولكني رغم هذا أشك فيه، وأفكر كثيرا فيه رغم يقيني وثقتي به، وهذا متعب جدا، ظهر هذا معي منذ أشهر قليلة، وأنا الآن في الثانوية العامة ولم تكن هذه العادة معي من قبل، ولا أدري من أين حلت علي؟! وأظنكم ستستغربون في أنها دخلت في مجال دراستي؛ فحين أدرس للامتحان مثلا لا أكتفي بقراءة المعلومة وفهمها كما هي... بل أحاول أن أضعها على خطأ وأناقشها، وهذا يؤخرني كثيرا في الدراسة، ويجعلني أذهب إلى كثير من امتحانات المواد وأنا غير منته من دراسة منهاجها.. يقول البعض لي: إنه أسلوب جميل في التفكير بكل شيء. ولكني أراه أسلوبا متعبا مرهقا.. ملاحظة: رغم هذا وأثره على الدراسة: فأنا متفوق دائما في الصف، وأحيانا يقول لي أساتذتي: إن لدي أسلوبا مميزا في الاستنباط والتفكير.. خلاصة الكلام.. أنا راض.. وغير راض.. عما أنا فيه: لأنه يورثني مديحا ممن حولي أحيانا ولا أقول دائما، وفي نفس الوقت يورثني إرهاقا لا حدود له، ولا أعرف له علاجا؛ فكيف الخلاص؟!

يتضح من الحالات الخمس، الأخيرة كثير من أعراض وعلامات اضطراب الوسواس القهري، ولكن الغرض من وضعها هنا إنما هو عرض المشكلة كما هي وبيان كيفية المعاناة كما يصفها أصحابها بكلماتهم على الإنترنت بحيث تكون قدرتهم على الإفصاح عما يخجلون منه أعلى ما تكون، كما نستطيع من خلال ذلك أن نرى الكيفية التي يتعاملون بها مع هذه الأنواع من الحالات النفسية، فمعظم المرضى لا يدركون وجود علاقة بين ما يعانون منه وبين الطب النفسي، بل هم على الأغلب يرون علاقة للشيطان أو للدين بها أول ما يرون، كما أن البعض منهم إنما كتبوا للصفحة لأنهم عرفوا موقعا على الإنترنت يستقبل مثل هذا النوع من المشاكل دون أن تكون لديهم فكرة عن معنى أو مغزى هذه النوعية من الأفكار غير أن لها علاقة بالدين أو بالثقة في النفس.

(٢) معنى الفعل القهري

معنى الفعل القهري كخبرة نفسية

والفعل هنا قد يكون فعلا عضليا أو حركيا بالمعنى المعروف، كأن يغسل المرء يديه أو ينظف مكان جلوسه أو أن يلمس المقبض... إلى آخره، أو يكون فعلا عقليا كأن يعد الإنسان عددا معينا من الأرقام أو يسترجع في ذهنه جملة أو مقولة ما أو مقطعا من أغنية ما.

كلنا بالطبع يغسل يديه وينظف مكان جلوسه ويلمس المقبض وكلنا كذلك يعد مستخدما الأرقام وكلنا يسترجع في ذهنه جملا ومقولات ومقاطع من أغان، لكننا نفعل ذلك لأننا نختار فعله؛ فيغسل الإنسان يديه لأنه يريد مثلا أن يأكل أو لأنها اتسخت لسبب أو لآخر، وينظف الإنسان مكان جلوسه عندما يراه غير نظيف كأن يكون عليه بعض الغبار مثلا، وكل إنسان يلمس المقبض ليفتحه أو ليغلقه أو لينظفه، وكلنا يسترجع في ذهنه جملا لأنه يريد تذكرها لما لها من علاقة بما يمر به من خبرة في وقت معين، وكلنا يسترجع مقاطع من أغان لأنه يحبها أو يحب ما تثيره في نفسه من مشاعر كل هذا يحدث برغبة الإنسان ويراه مناسبا ويستطيع عدم فعله أو التوقف عنه متى شاء وبكل سهولة متى أراد ذلك.

أما أن تجد امرأة أن عليها أن تغسل يديها مثلا ٥٠ مرة قبل أن تأكل أو بعد أن تلمس مقبض الثلاجة لكي تتأكد من نظافة يديها، رغم علمها واقتناعها بأن مرة واحدة تكفي لكي تنظف يديها.. أو دون أن يكون لديها مبرر لذلك! أو أن يجد إنسان نفسه مرغما على أن يمسح الكرسي بمنديل مبلل عدة مرات قبل أن يمكنه الجلوس عليه وربما ظل واقفا ساعات لعدم وجود المنديل وقد يكون لديه مبرر لذلك، ولكنه يعرف أنه زائد عن اللازم فقد يكون الكرسي نظيفا أو يكون هناك منديل جاف مثلا، وقد لا يكون لديه مبرر أصلا لذلك لكنه لن يستريح إلا إن فعل؛ وكذلك أن يجد إنسان نفسه مرغما على لمس المقبض وتحريكه عدة مرات ليتأكد من غلق الباب، رغم علمه بأنه أغلقه بنفسه جيدا، أو لكي يمنع سقوط الحائط المجاور للباب مثلا. رغم علمه ويقينه بأنه ليس هنالك رابط منطقي بين لمس المقبض وثبات الحائط في مكانه! أو أنه يلمس المقبض عدة مرات لمجرد أن هذا الفعل مريح ومطمئن بالنسبة إليه، رغم يقينه بأن لا علاقة منطقية بين لمس المقبض وراحة الإنسان واطمئنانه !.

واستكمالا لما ضربت من أمثلة فإن هناك من يجد نفسه مضطرا أن يعد حتى الألف مثلا قبل أن يبدأ في غسل وجهه في الصباح، أو أن عليه أن يكرر جملة ما عشرين مرة قبل أن يتكلم مع رئيسه في العمل، وهناك من لا يستطيع منع نفسه من عد أعمدة الكهرباء في الطريق إلى آخر ذلك مما لا حصر له من أمثلة ولكن الذي يعنيني هنا هو إحساس الشخص بأنه مجبر على عمل فعل ما، رغم علمه ويقينه بعدم جدواه أو عدم وجود معنى له أو أنه زائد عن الحد المعقول وهو في الوقت نفسه يعرف أن الإجبار نابع من عقله هو، ولكنه لا يستطيع التوقف ومهما حاول المقاومة فإنه يفشل في الكف عن ذلك الفعل القهري، ذلك أن محاولة المريض منع نفسه من الاستسلام للفعل القهري تسبب له حالة من الضيق والتوتر والقلق لا يخفف حدتها إلا تنفيذ الفعل القهري، فيستسلم المريض فقط ليهدأ قليلا لكن الحلقة المفرغة لا تنتهي فسرعان ما تعاوده الرغبة الملحة في تكرار الفعل والضيق والتوتر الشديد إذا حاول منع نفسه من الفعل.

ويمكن أن تأخذ الأفعال القهرية شكلا آخر هو الشكل الطقسي كأن يفعل الإنسان شيئا يفعله كل الناس ولكن بشكل طقسي مبالغ فيه فمثلا كانت واحدة من مريضاتي تجد نفسها مضطرة لأن تغسل حبات الأرز حبة حبة بالماء والصابون قبل أن تطبخه لأسرتها!، والنتيجة هي أنها أصبحت لا تستطيع الطبخ أصلا للأسرة (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢).

ولعل في المثال التالي ما يغني عن كل وصف لما يمكن أن يسببه اضطراب الوسواس القهري من معاناة للمريض فهو مثال لجزء من طقس قهري شاهدته بعيني مع واحدة من مريضاتي، ويتكون من فتح مقبض الباب وقفل مقبض الباب ومسح المقبض بمنديل مبلل بالكحول الأبيض مع العد بشكل محدد ما بين الرقم ٢١ والرقم٣٧، وكان ذلك أثناء الإعداد لبرنامج العلاج السلوكي المناسب لها وكنت قد طلبت منها أن تقول أفكارها في وقت حدوثها، أي أن تفكر بصوت مسموع وأنا أراقب الطقس القهري وسأكتب أفعالها على يمين الصفحة وأفكارها المتعلقة بالأفعال على يسارها:

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ٢٣؛ ... ... خطأ ! كان المفروض أن تمسح المقبض قبل ٢٣

المقبض مفتوح؛

٢٢، ٢٢؛ تقفل المقبض؛ تفتح المقبض ٢٣؛ ... ... وهكذا أصلحت الخطأ

المقبض مفتوح ٢٢، ٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛

تمسح المقبض؛ ٢٣؛ تمسح المقبض؛ ٢٢؛

تمسح المقبض مرة إضافية؛ ... ... لتصلح الخطأ

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ... ... لتصلح الخطأ

٢٢، ٢٢؛ تقفل المقبض؛ ... ... لتصلح الخطأ

تفتح المقبض؛ تمسح المقبض؛ ٢٣؛ ... ... لتصلح الخطأ

تمسح المقبض؛ ٢٢؛ تمسح المقبض مرة إضافية؛ ... ... وهكذا أصلحت الخطأ

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛

٢٢، ٢٢؛ تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ٢٣؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛

٢٢، ٢٢ تقفل المقبض؛

تفتح المقبض؛ ٢٣تقفل المقبض؛ ... ... خطأ لمرة أخرى لم تمسح المقبض قبل ٢٣

تفتح المقبض ٢٢، ٢٢؛ ... ... قررت أن تتجاهل هذا الخطأ

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛

تمسح المقبض ٢٣؛تمسح المقبض؛ ٢٢؛

تمسح المقبض مرة إضافية؛

تفتح المقبض ٢٢، ٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛تمسح المقبض ٢٣؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض ٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ٢٢، ٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض ٢٣؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض ٢٢، ٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛

تمسح المقبض؛ ٢٣؛

تمسح المقبض ٢٢؛ ... ... خطأ ! كان المفروض أن تغلق المقبض قبل الغسل

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ٢٢ , ٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ٢٣؛ ... ... خطأ آخر ! كان المفروض أن تغسل المقبض قبل ٢٣

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ٢٢، ٢٢ ... ... لا بد من إصلاح هذا الخطأ والخطأ الأول

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛

تمسح المقبض؛ ٢٣؛ تفتح المقبض:٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض ٢٢، ٢٢، ٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض٢٢، ٢٢، ٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض٢٢ , ٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛

تمسح المقبض ٢٣؛تمسح المقبض؛ ٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ٢٢، ٢٢

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ٢٣؛ ... سوف أتجاهل الخطأ الثاني وأنا تجاهلت الأول إذن فالترتيب مضبوط

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ٢٢،

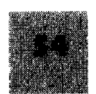
تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ٢٢؛

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛ ٢٢، ٢٢

تقفل المقبض؛ تفتح المقبض؛

تمسح المقبض ٢٣؛

وهكذا وقفت أراقبها أكثر من ساعتين حتى وصلنا إلى الرقم ٣٧ في نهاية المطاف؛ وعرفت منها أن هذه الطقوس وغيرها يمكن أن تعاد في كل يوم مرتين أو ثلاثة مرات؛ وعندما سألتها عن سبب بدايتها بالرقم٢١ وليس الرقم ١ كما هي العادة، قالت لأن هذا الرقم هو رقم السنة من عمري التي شهدت



بداية حياتي عندما قابلت حبيبي وزوجي المرحوم، وعندما تركني لأن الله اختاره كنت في العام السابع والثلاثين من عمري، أي منذ سنة ونصف، وأنا لذلك أنتهي بالرقم ٣٧ لأنه رقم النهاية ! ولعل من الطريف في هذه السيدة أنها عندما تخطئ أثناء الفعل القهري لا تجد نفسها مضطرة فقط إلى إعادته من بدايته كما نجد في معظم الحالات؛ ولكنها أيضا تفعل طقسا معينا لإصلاح الخطأ! وعندما سألتها عن كيفية قدرتها على تجاهل الخطأ أثناء تأديتها للطقوس القهرية؛ قالت: «أنا أحاول إصلاحه وأستطيع إصلاحه بل إنني أحيانا عندما تكون نفسيتي هادئة أكتفي بأن أصلحه رمزيا بتحريك يدي كأنني أقفل وأفتح وأنظف وأعد ودون أي حركة حتى يمكنني أن أفعله دون أن تلاحظ أنت شيئا أي في داخل عقلي، ولكن المهم هو أن أحس بأنني أتممت الأمر بمنتهى الصحة والانضباط، وهذا ما لا أطمئن إليه بسهولة أبدا حتى لو ظللت أفعل ما رأيته أنت طوال النهار والليل ! أنا لا أستطيع أن أستريح أبدا إلا بالموت!».

هذه السيدة كانت تعاني من اضطراب اكتئاب جسيم، أصابها بعد وفاة زوجها منذ أكثر من ثلاث سنوات، وكانت شخصيتها قبل المرض تتسم بالنزوع إلى الكمالية والدقة ولم يكن اكتئابها بعد وفاة زوجها بالمستغرب في رأي أولادها وأهلها رغم أن الأمر طال أكثر مما ينبغي وعندما بدأت الأفعال القهرية والطقوس في الظهور عليها وصبغ غالبية سلوكياتها بدأوا يقلقون عليها، وأما من الناحية التشخيصية فقد رأيت أن أفضل الحلول هو اعتبار أن هذه السيدة تعاني من اضطراب وسواس قهري قائم بذاته، إضافة إلى اضطراب الاكتئاب الجسيم الذي بدأ عندها أولا كامتداد لاضطراب التأقلم الناتج عن وفاة زوجها وحبيبها، أو ما يسمى برد فعل الأسى Grief Reaction، ولم يكن الاكتفاء بتشخيص اضطراب الاكتئاب الجسيم وحده كافيا، في رأيي، على أساس أنه الاضطراب الذي ظهرت أعراضه أولا، لأن أعراض اضطراب الوسواس القهري كانت من الشدة بحيث لا نستطيع اعتبارها ثانوية للاكتئاب، كما أن الأعراض القهرية كانت سبب لجوء أهل المريضة للطبيب النفسي، بينما لم يحركهم اكتئابها الذي استمر دون أعراض قهرية ثلاثة أشهر في حالة من الشدة كانت تستدعي العلاج السريع، لكن الأسرة تحملته ولم تستغربه للأسف.



إذن فالأفعال القهرية هي أفعال يضطر المريض لفعلها ليقلل من إحساسه بعدم الراحة والضيق والتوتر وزيادة إلحاح الأفكار التسلطية، ولكنها لا تعطيه الراحة إلا لوقت قصير، أو أن يمارس أفعالا معينة بشكل طقسي حسب قواعد محكمة! أو الاثنين معا كما يظهر من المثال الأخير.

وفي الطب النفسي يوصف فعل ما بأنه فعل قهري إذا توافرت فيه الشروط التالية:

١ـ أن يحس المريض بأنه مرغم على فعل معين يراه بلا جدوى أو زائدا عن الحد الطبيعي، أو أن يفعل شيئا يفعله كل الناس ولكن بشكل طقسي مبالغ فيه وحسب قواعد صارمة.

٢ـ أن يحاول المريض منع نفسه من تكرار هذا الفعل، ولكنه دائما ما يفشل بسبب ما يعتريه من ضيق وتوتر ـ وغالبا ما يكون ذلك بسبب الأفكار التسلطية المصاحبة ـ كلما منع نفسه من تكرار الفعل.

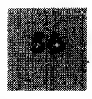
٣ـ أن تكون الاستجابة للأفعال القهرية بنوعيها الحركي أو العقلي من قبل المريض من أجل منع أو إنقاص المعاناة المصاحبة للامتناع عن فعلها أو من أجل منع حدوث مكروه لكن ذلك إما غير منطقي، من حيث انعدام العلاقة بين الفعل القهري والحدث المخشي، أو أن الفعل القهري مبالغ فيه بشكل واضح.

وقد قمت أثناء ممارستي للطب النفسي في مصر على مدى ما يزيد على العقد من الزمان بترتيب تنازلي لنوعية الأفعال القهرية التي يعاني منها المرضى من المصريين والعرب فكانت كما يلي(وائل أبو هندي، ٢٠٠٢ص ٧٩-٨١):

١ـ تكرار الفعل Repeating Compulsions: بحيث يحس المريض بأنه فعله، ومن أشهر الأمثلة هنا تكرار تكبيرة الإحرام في الصلاة وتكرار كتابة كلمات معينة أثناء المذاكرة.

٢ـ الغسل المتكرر Washing & Cleaning Compulsions: لليدين أو أي جزء من أجزاء الجسم أو للجسم كله؛ وكذلك غسيل الأدوات المنزلية وربما الملابس.

٣ـ إعادة التأكد أو التحقق Checking Compulsions: ومن الأمثلة المشهورة هل أغلقت الباب بالمفتاح أم لا ؟ هل وضعت الخطاب في الظرف قبل إغلاقه أم لا ؟



٤ـ التنظيم والترتيب القهري Ordering & Arranging Compulsions.

٥ـ العد القهري Counting Compulsions.

ويبين الجدول التالي (الجدول ٣) نوع الأفعال القهرية في عينة شملت ٢٥٠ من مرضى اضطراب الوسواس القهري (Rasmussen & Tsuang 1986) حيث كانت إعادة الكشف والتأكد هي أكثر الأفعال القهرية شيوعا ويليها الغسل ثم العد وفي نسبة تقارب النصف كان لدى المريض الواحد أكثر من نوع واحد من الأفعال القهرية:

الجدول (٣): نوع الأفعال القهرية في ٢٥٠ من مرضى اضطراب الوسواس القهري
(Rasmussen & Tsuang 1986)

الفعل القهري	نسبته المئوية في المرضى (٢٥٠)
التحقق «إعادة التأكد» Checking	٪٦٣
الغسل Washing	٪٥٠
العد Counting	٪٣٦
الحاجة إلى السؤال عن شيء أو الاعتراف بشيء Need to Ask or Confess	٪٣١
الدقة والتماثل Symmetry & Precision	٪٢٨
تجميع الأشياء Hoarding	٪١٨
أفعال قهرية متعددة Multiple Compulsions	٪٤٨

ومن الدراسة الحديثة لأحمد عكاشة (Okasha, 2001) التي شملت تسعين مريضا من العرب المصريين كانت نسب ونوعية الأفعال القهرية كما يلي، وهناك من بين المرضى بالطبع من تكون لديهم عدة أنواع من الطقوس القهرية، وبينما أعطت المقارنة على أساس الجنس اختلافا في مواضيع الأعراض في حالة الأفكار التسلطية، فإنها لم تبين هذا الاختلاف بين الرجال والنساء في مواضيع الأفعال القهرية:

١ـ طقوس التكرار القهرية Repeating Compulsions: وبلغت نسبتها ٦٨ ٪.

٢ـ أفعال الغسل والتنظيف القهرية Washing & Cleaning Compulsions: وبلغت نسبتها ٦٣ ٪.

٣ـ أفعال إعادة التأكد القهرية Checking Compulsions: وبلغت نسبتها ٥٨ ٪.

٤ـ أفعال الترتيب والتنظيم القهرية Ordering & Arranging Compulsions: وبلغت نسبتها ٤٧٪.

٥ـ أفعال العد القهرية Counting Compulsions: وبلغت نسبتها ٤٧٪.

٦ـ أفعال التخزين والتنظيم القهرية Hoarding & Arranging Compulsions: وبلغت نسبتها ٤٥٪.

٧ـ أفعال قهرية متباينة Miscellaneous Compulsions: وبلغت نسبتها ٥٩٪.

أما الارتباط أو التعالق Corrlation ذو الدلالة الإحصائية ما بين الأفعال القهرية في هذه الدراسة (Okasha, 2001) فقد وجد بين أفعال الترتيب القهرية والأفعال الدينية القهرية، وكذلك بين الأفعال القهرية الدينية وأفعال الغسل والتنظيف القهرية كما وجد ارتباط بين أفعال إعادة التأكد القهرية والبطء الوسواسي.

وأختار هنا من تراثنا العربي الإسلامي. فهنا مثالان مما ذكره عبد الوهاب الشعراني (عبد الوهاب الشعراني، ١٩٧٦) في المنن الكبرى كأمثلة على الموسوسين: ١ـ «وقد رأيت من ذهب أيام النيل إلى بركة خارج القاهرة ليطهر ثيابه: فما زال يغسلها ويجففها إلى آخر النهار، ثم ضم ثيابه، ولبس بعضها ثم شك في بعضها... ثم شك في أن يكون غسلها ؟ أم لا ؟ وكان قد مر على صيادي السمك في طريقه إلى البركة. فلما رجع قال لهم: هل رأيتموني مررت عليكم بكرة النهار ومعي ثيابي ؟ فقالوا له: ما رأيناك، فقال: إذن أنا ما ذهبت إلى البركة... ثم ذهب من بكرة النهار إلى البركة ثانيا !!».

٢ـ وشهدت أنا بعيني موسوسا دخل ميضأة ليتوضأ قبل الفجر من ليلة الجمعة فما زال يتوضأ للصبح حتى طلعت الشمس... ثم جاء إلى باب المسجد فوقف ساعة يتفكر... ثم رجع إلى الميضأة... فما زال يتوضأ ويكرر غسل العضو إلى الغاية... وينسى الغسل الأول... ولم يزل حتى خطب الخطيب الخطبة الأولى... ثم جاء إلى باب المسجد فوقف ساعة ورجع.. فما زال يتوضأ حتى سلم الإمام من صلاة الجمعة... وأنا أنظر من شباك المسجد.. ففاته صلاة الصبح والجمعة !!!

ومن أحاديث سيد الخلق عليه أفضل الصلاة والسلام ما تعرض فيه للأفعال القهرية وقدم أيضا فيها الكيفية التي يجب أن يتصرف المسلم على أساسها. فإن كان مصدرها الشيطان فإن الاستعاذة بالله منه تكفي لطرده، وإن لم يخنس رغم

الاستعاذة فهو اضطراب الوسواس القهري، ولو كانت الاستعاذة بالله من الشيطان الرجيم تكفي وحدها للخلاص من كل أنواع الوساوس والأفعال القهرية لكان اكتفى سيد الخلق عليه الصلاة والسلام بأمرنا بها في كل أحاديثه التي تناولت الموضوع، لكنه عليه الصلاة والسلام أرشد إلى العديد من آليات صرف الانتباه ووقف الأفكار ومقاومة الأفعال القهرية:

* عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «إذا وجد أحدكم في بطنه شيئا فأشكل عليه: أخرج منه شيء أم لا ؟ فلا يخرجن من المسجد حتى يسمع صوتا أو يجد ريحا» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. رواه مسلم في صحيحه.

* عن عبد الله بن زيد ـ رضى الله عنه قال: شُكي إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم يخيل إليه أنه يجد الشيء في الصلاة، قال «لا ينصرف حتى يسمع صوتا أو يجد ريحا»، صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. رواه البخاري ومسلم في صحيحيهما.

* عن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: «الشيطان يأتي أحدكم وهو في الصلاة فيأخذ بشعرة من دبره فيمدها فيرى أنه قد أحدث فلا ينصرف حتى يسمع صوتا أو يجد ريحا»، صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم». رواه الإمام أحمد في مسنده، وفي لفظ أبي داود «إذا أتى الشيطان أحدكم فقال له: إنك قد أحدثت، فليقل له: «كذبت»، إلا ما وجد ريحا بأنفه أو سمع صوتا بأذنه» «صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم» رواه أبو داود.

* عن أبي بن كعب رضي الله عنه أن النبي صلى الله عليه وسلم قال: «إن للوضوء شيطانا يقال له ولهان، فاتقوا وسواس الماء»، صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. أخرجه الترمذي.

وهناك أحاديث نبوية شريفة تخبر عن إمكان حدوث الإسراف من المسلم في الوضوء، لكنها لم توضح سبب حدوثه، هل هو وسواس أم تشدد، وهو إلى التشدد أقرب كما يتضح من الأحاديث الشريفة التالية:

* عن عبد الله بن مغفل رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول: «سيكون في هذه الأمة قوم يعتدون في الطهور والدعاء»، صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. رواه أحمد وأبو داود وابن ماجة بسند صحيح.

وأما الحديث التالي ففيه نهي صريح عن الزيادة في غسل العضو أكثر من ثلاث في أثناء الوضوء: « عن عمرو بن شعيب عن أبيه عن جده قال: جاء أعرابي إلى رسول الله صلى الله عليه وآله وسلم يسأله عن الوضوء فأراه ثلاثا ثلاثا وقال: هذا الوضوء فمن زاد على هذا فقد أساء وتعدى وظلم»، صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. رواه أحمد والنسائي وابن ماجة، وأخرجه أيضا أبو داود وابن خزيمة.

* كما روى الحاكم في الكنى وابن عساكر عن الزهري مرسلا «قيل: يا رسول الله وفي الوضوء إسراف؟ قال صلى الله عليه وسلم: «نعم وفي كل شيء إسراف» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم -.

ويقول الإمام الغزالي في إحياء علوم الدين (أبو حامد الغزالي، ١٩٩٨) متحدثا عن الشك في نية الصلاة وتكرار تكبيرة الإحرام في الموسوسين: «وإن تم تكبيرة الإحرام فيكون في قلبه بعض التردد في صحة نيته، ويغترون بذلك ويظنون أنهم إذا أتعبوا أنفسهم في تصحيح النية، وتميزوا عن العامة بهذا الجهد والاحتياط فهم على خير عند ربهم»، كما أشار الغزالي إلى الوسوسة في التطهر وما يفعله الموسوسون بعد التبول من سلت أو نثر أو نحنحة أو قفز أو غير ذلك مما لم يصح فيه نص، وقد شكا إلى الإمام أحمد بعض أصحابه أنه يجد البلل بعد الوضوء، فأمره أن ينضح فرجه إذا بال وقال: ولا تجعل ذلك من همتك واله عنه.

وأقدم هنا التاريخ المرضي لحالتي اضطراب وسواس قهري تظهر فيهما الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة وبتكرار الوضوء، إضافة إلى الأفكار التسلطية المتعلقة بدم الحيض وبالقولون، وكذلك الشك في الذاكرة وغير ذلك:

(٥) «السحر والحيض والاغتسال»

كانت سميرة (وهذا ليس اسمها الحقيقي) في السنة الثلاثين من عمرها، وقد أحضرها زوجها للعرض على الطبيب النفسي، لأن زميلا له في العمل نصحه بذلك، وقال في تقديمه إنها زوجته التي يحبها ويحترمها، لكنه مضطر لوضعها في هذا الوضع (يقصد العرض على الطبيب النفسي!)، وذلك لأنها الآن تتصرف بشكل خارج عن المنطق؛ كانت سميرة واضحة الإعياء ومصفرة الوجه، كما أنها سعلت عدة مرات أثناء المقابلة، وعندما سأل الطبيب زوجها عن التصرفات التي يعنيها بكلامه قال: «منذ تزوجتها وهي موسوسة

بالنظافة، وأنا كنت أقول لعلها تتغير بعد إنجاب الأطفال، ولم أكن أعرف أن هذا مرض نفسي، فقد كانت تسرف في استخدام المنظفات والمطهرات بشكل مبالغ، ناهيك عن ذلك: فان المشكلة الأكبر كانت مشكلة الوقت، فقد كانت لا تجد الوقت للجلوس معي لأنها تنظف كل شيء عشر مرات على الأقل، سواء كان شيئا من أدوات المطبخ أو قطعة من قطع الأثاث أو الملابس! وكانت تسرف حتى في تنظيف الأطفال، حتى أنني كنت كثيرا ما أخاصمها لخوفي على أطفالي من النزلات الشعبية. كل ذلك كوم يا دكتور، وما حدث منذ ثلاثة شهور كوم آخر. بدأت المشكلة عندما اعتراها خوف غريب من دمها أثناء الحيض، في الشهر الأول ظلت تتأخر في دورة المياه بشكل غير محتمل، ولم تخبرني بالسبب في ذلك، لأنها بالطبع تعرف رد فعلي ورأيي في طقوسها المتعلقة بالنظافة، وفي الشهر الثاني لاحظت أنها تقوم بغسل دورة المياه كلها بما في ذلك الحوض ثم تضع مطهرا أعرفه من رائحة الحمام، وعندما سألتها ماذا اعتراها بكت وصارحتني بأنها تخاف إن لم تفعل ذلك أن تضرني أو تضر أولادها، وحاولت إقناعها بعدم منطقية ذلك فجادلتني مجادلة شديدة، ثم تظاهرت بالاقتناع، وكانت أيام الدورة على وشك الانتهاء فانتظرت حتى الشهر الحالي لكي أرى ما ستفعله. ولكنها هذه المرة فاقت كل مرة. إنها لا تكاد تخرج من دورة المياه! إنها تستحم أكثر من عشرة مرات في اليوم الواحد، وتكاد تستحم كلما خرجت منها نقطة من دم الحيض، ولم تذهب إلى عملها منذ أول يوم من أيام الدورة، ولم تخرج أصلا من البيت حتى انتهت الأيام الخمسة! وحالتها فوق الإعياء بمراحل، إضافة إلى البكاء المستمر والخوف من لمسي أو لمس الأطفال! ماذا أفعل يا دكتور؟».

كانت سميرة تعمل محاسبة في إحدى الشركات الكبيرة، وكانت واضحة الذكاء طلقة اللسان وعندما طلب منها الطبيب أن تفسر له ما تحس به وقد سمعت معه كلام زوجها قالت: «أنا أعرف أنه نوع من الجنون، لكنني لا أستطيع منع نفسي من ذلك، فمنذ حكت لي صديقتي في العمل حكاية عن أخ لها مرض مرضا غريبا احتار فيه الأطباء ولم يعرفوا له علاجا ولا سببا الى أن اكتشف أحد الشيوخ أنه بسبب وضع نقطة من دم الحيض له في كوب شاي وليس له علاج في الدنيا! منذ سماعي لهذه الحكاية وأنا أشعر بالذعر الشديد من نفسي في أثناء الحيض، وأخاف أن يصل الدم بشكل أو بآخر إلى

زوجي أو أحد أطفالي! يا دكتور أنا سيدة متعلمة وأعرف من خلال قراءاتي أن دم الحيض هو دم فاسد ينتج من تساقط الأغشية المبطنة للرحم ما لم يحدث تلقيح للبويضة، لكن زميلتي حكت لي الكثير من الحكايات عن استخدامه في السحر وكيف يمكن من خلاله إيذاء الناس. أنا أعرف أيضا أن أحدا لن يصل إلى نقطة من دمي ليستخدمها في إيذاء زوجي أو أطفالي، خاصة أننا ليس لنا أعداء أصلا !!، كل هذا أنا أعرفه، ولكنني لا أستطيع التخلص من ذعري ومخاوفي إلا دقائق قليلة أنعم بها بشرط أن أتأكد من أنني أنظف نفسي منه أولا فأولا، وكنت أكتفي في البداية بالشطف الجيد بالماء لكي أستريح، ثم أصبحت في الشهر الثاني أنظف دورة المياه وأطهرها، لأن من سيدخل بعدي معرض للأذى إن لم أنظف كل جزء يمكن أن يصل إليه الدم، وكان هذا هو شرطي لكي أستريح ! لكنني أصبحت في الشهر الثالث أضطر إلى الاستحمام لكي أتأكد من نظافتي، ولكي أتمكن من الحركة في البيت!».

وسألها الطبيب النفسي عما ذكره زوجها من إسرافها في التنظيف، فقالت إنها اعتادت أن تغسل يديها بصورة زائدة على الآخرين، وأن عدد المرات ليس كما ذكر زوجها لأنها بدأت بعشر مرات ثم زادت إلى عشرين وربما ثلاثين مرة أو أكثر، وأنها كلما زاد قلقها زاد عدد المرات على أن تكون من مضاعفات العدد (١٠)، ولكنها كانت تخفي ذلك عن زوجها وأولادها، لكي تتجنب نظرات اللوم والاستغراب في عيونهم، ثم ذكرتها حكاية مضاعفات العدد (١٠) هذه بأنها اعتادت أن أيام الجامعة أن تسترجع المعلومات المهمة عشر مرات لكي تستوثق من أنها حفظتها، وأنها وجدت نفسها بعد ذلك تكرر حتى الأدعية وحتى البسملة وحتى تكبيرة الإحرام في الصلاة عشر مرات، وهي لم تخبر أحدا بذلك من قبل. وكانت تعرف أن ذلك غير لازم!! بل لا معنى له في معظم الأحيان، لكنه كان على أي حال هو السبيل الوحيد لتخفف من حدة قلقها.

ويظهر في تاريخ هذه الحالة كيفية تأثر أعراض اضطراب الوسواس القهري بالأفكار الشائعة في ثقافة ما، فدم الحيض يحمل الكثير من الرموز في الثقافة المصرية؛ كما ظهرت في هذه الحالة أفعال العد والإعادة القهرية Counting and Repeating Compulsions بالإضافة إلى طقوس التنظيف، كما يتضح ما يمكن تسميته بتعاظم الأعراض نتيجة لتعاظم المخاوف، فمن ضرورة

تنظيف نفسها بحرص شديد في الشهر الأول إلى ضرورة غسل دورة المياه كلها في الشهر الثاني إلى ضرورة الاستحمام إضافة إلى كل ما سبق في الشهر الثالث. وقد شرح لها الطبيب النفسي طبيعة مرضها وطريقة العلاج المتاحة، ومتى يمكنها انتظار التحسن، إلا أنها تحسنت بعد ثلاثة أسابيع من استعمال العلاج، وهي فترة أقل من التي توقعها الطبيب النفسي، وكانت في أيام الدورة الشهرية التالية أكثر قدرة على مقاومة مخاوفها والتقليل التدريجي من طقوس النظافة التي كانت تتبعها، وتمكنت خلال جلسات العلاج السلوكي المعرفي من التغلب على كثير من أفكارها الخاطئة: وبعد ثلاثة شهور من متابعة العلاج كان زوجها يريد تخفيض الجرعة أو وقف الدواء، لأنه يراها تحسنت تماما فأفهمه الطبيب حاجتها إلى الاستمرار عليه لفترة عام على الأقل قبل التفكير في تقليل الجرعة أو إيقاف الدواء، لكي يتمكن المخ من إعادة توازناته بشكل يمكنه من مقاومة الوساوس.

(٦) «الوضوء والقولون والتكرار!»

كانت ناهد (وهذا ليس اسمها الحقيقي) طالبة في إحدى الكليات العملية، جاءت مع أمها بعد إلحاح شديد من البنت، لأن أمها لم تكن ترى أن هناك ما يستدعي العرض على الطبيب النفسي: وما قبلت الأم ذلك إلا لتثبت لابنتها أنه لا علاقة للشك الذي تعاني منه بالطب النفسي؛ وعندما سألها الطبيب عما تقصد بالشك، قالت الأم «بنتي تضخم الأمور يا دكتور ولا تقتنع بنصائح الشيخ الذي عرضتها عليه، هي ليست مجنونة على الإطلاق. كل ما هنالك أنها تنسى في أثناء الوضوء أو تشك في أنها أحسنته، وأنا لا أدري ما علاقة ذلك بالطب النفسي، لكنها قالت إنها سمعت في الإذاعة أن هذا مرض نفسي، فافصل بيننا يا دكتور». وسأل الطبيب ناهد أن توضح له مشكلتها فقالت: أنا أضيع الكثير من الوقت في الوضوء: أحتاج على الأقل إلى ثلث ساعة كي أتوضأ، وذلك في حالتي العادية، أي في حالة عدم شعوري بالقلق ولو أن الأمر كذلك فقط لتحملته، لكنني أصلا أشك في نقضي للوضوء، فكثيرا ما يصبح ثلث ساعة ثلثي ساعة وربما أكثر وكثيرا ما أسلم وأنا في الركعة الثانية أو الثالثة لكي أعيد الوضوء، لأنني أشك في أنني نقضته! ثم إن القولون عندي عصبي وهو ما يزيد المشاكل تعقيدا، وقد سألت الشيخ وذكر لي حديثا للرسول عليه الصلاة والسلام «إذا وجد أحدكم في بطنه شيئا

فأشكل عليه: أخرج منه شيء أم لا ؟ فلا يخرج من المسجد حتى يسمع صوتا أو يجد ريحا»، صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. وبالرغم من علمي بذلك فإنني لا أستطيع منع نفسي من الشك ومن إعادة الوضوء ! وكثيرا ما حاولت مقاومة شكوكي ولكنني أقع في دوامة من العذاب، وما لم أكرر الوضوء أظل فيها، ولا أجد فائدة مما يقوله أبي وتقوله أمي من أنني يجب أن أساعد نفسي، وأن ما يحدث لي أنا المسؤولة عنه، لأنني ـ كما يقولون ـ لست مجنونة، وكل تصرفاتي تقول ذلك ويستنتجون من ذلك أنني غير واثقة في نفسي، وعندما أتعلم الثقة في نفسي سأستطيع التخلص من تكرار الوضوء نعم. هذا هو رأيهم يا دكتور».

وعندما سألها الطبيب النفسي عن مستواها الدراسي: قالت «الحمد لله الذي لا يحمد على مكروه سواه! أنا أذاكر كثيرا، لكنني بطيئة جدا، فلا أكاد أنتهي خلال العام الدراسي من ثلث المقرر علي، لأنني أبحث في كل شيء وفي كل معلومة حتى أصل إلى أصلها وتفسيرها وهذا يأخذ مني الكثير من الوقت ومن الجهد، ولكنني لا أستطيع إلا أن أفعل ذلك لأنني أخاف من الاختبار الشفهي، والممتحنون يريدون أن يتأكدوا بالطبع من فهمنا للمقرر، وأنا لا أعتبر نفسي فهمت إلا إذا عرفت لماذا كل شيء! وأنا بعدما كنت في الأعوام السابقة أتغلب على البطء في الأسابيع الأخيرة من الدراسة وأنتقي ما يقدرني الله عليه وأنجح بتوفيق الله وحده! أصبحت في الفترة الأخيرة أعاني معاناة لا تحد! فمنذ اختبار النصف الأول من هذا العام أصبحت أمر بأحوال لا أظن أحدا مر بها، فأنا تهاجمني فكرة مؤداها أنني، على رغم حفظي مثلا لمعادلة ما أو لرمز كيميائي ما أو حتى لكلمة ما، لن أستطيع كتابتها في ورقة الإجابة، فأرد على نفسي بأنني أحفظها بالتأكيد، لكنني أشك ـ على رغم ذلك ـ في أنني أستطيع كتابتها، فأقوم بكتابتها مرة في الورقة التي أمامي، ثم أحس أن مرة واحدة لن تكفي، وهكذا أصبحت لا أستطيع إنهاء مذاكرة سطر في الساعة، فما بالك بالصفحة!».

يتضح في هذا التاريخ المرضي نوع من أفكار الشك التسلطية المتعلقة بالقولون Bowel Obsession وبنقض الوضوء والطهارة كما تتضح أيضا أفكار الرغبة في التحقق التسلطية والتي تصاحبها كذلك أفعال الشك والإعادة

القهرية Doubting Obsessions and Repeating Compulsions، ويتضح في الوقت نفسه مدى القصور في مفهوم الناس عن اضطراب الوسواس القهري والأشكال التي يمكن أن يظهر بها، وقد أوضح الطبيب النفسي لأمها أن ابنتها على حق، لأن ما يحدث لها هو وسواس قهري، وهو اضطراب نفسي وفق الله الأطباء إلى فهم أعراضه وطريقة علاجه؛ وناهد تعاني من أفكار تسلطية ومن أفعال قهرية مصاحبة لها، وهذا أمر خارج عن إرادتها، ولابد من استعمال بعض الأدوية لكي يصبح في مقدورها أن تقاوم الأفكار التسلطية التي تنتابها، وكذلك إلى بعض جلسات العلاج السلوكي المعرفي لكي تتمكن من التخلص من الأفعال القهرية. لكن ناهد لم تعد بعد تلك الزيارة لطبيبها، واتصلت به بعد شهر من ذلك لتخبره بأن أمها رفضت أن تأخذ بنتها علاجا نفسيا، ورفضت كذلك أن تجعلها من زبائن عيادة الطب النفسي، لأنها بنت جميلة ومتزنة ولا داعي للفضائح.

وهذان مثالين آخران من الإنترنت:

(١) وساوس الصلاة: حقا لم أعد أحتمل

«بسم الله الرحمن الرحيم، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا ونبينا محمد عليه الصلاة والسلام. أشكركم جزيل الشكر على هذا الموقع الذي يتيح لنا الإبحار بكل حرية فيه ومتابعة أخبار العالم الإسلامي بموضوعية. كما أنوه بتخصيصكم صفحة لطرح المشاكل لإتاحة الفرصة لنا للتعبير عما يختلج في صدورنا من مشاكل، واضعين ثقتنا فيكم وآملين أن نجد حلا عندكم إن شاء الله. ومشكلتي تتلخص في الأساس في كوني كثير الشك في أعمالي الدينية، فمثلا في أثناء الوضوء أتوضأ ثم أشك في صحة الوضوء، ثم أكرره مرة أخرى، وفي صلاتي أقرأ سورة الفاتحة عدة مرات، وفي كل مرة أكرر بعض الآيات مرات عدة؛ لأنني لا أتذكر أني قلتها أو قلتها بشكل صحيح، بينما إن استرسلت في القراءة على أساس أني قرأت السورة، ففور انتهائي من قراءتها لا أتذكر شيئا، وهذا الشيء يجعلني أطيل في صلاتي بشكل غير طبيعي ولا أستطيع الخشوع فيها، بالإضافة إلى أنني لا أستطيع الصلاة بالمرة في مكان فيه قليل من الضجيج أو أمام مجلس يتحدث فيه الناس بصوت عادي، ويحدث هذا الشيء أيضا في أثناء التشهد. بصراحة هذه الأفعال عكرت علي صفو حياتي، لدرجة أني في

بعض الأحيان أدعو ربي أن يميتني أو يشفيني ما دمت لا أستطيع أن أنقطع عن الصلاة خوفا من عقاب الله عز وجل.أرجوكم ساعدوني؛ لأنني حقا لم أعد أحتمل، وشكرا لكم مقدما، والحمد لله على كل حال».

وتتضح في هذه الحالة أفكار الشك التسلطية، ولكنه شك يتعلق بتنفيذ الشعائر الدينية، كما يتضح فيها عرض آخر يعتبر نتيجة منطقية إلى حد ما لفكرة الشك التسلطية وهو تكرار الشعيرة بشكل مبالغ فيه، وأنا أعتبر الوضوء المتكرر طقس نظافة قهريا، وإن كان الكثيرون يعتبرونه طقسا دينيا، وأستند في رأيي هذا إلى أن محتوى الوضوء ليس إلا التنظيف الخارجي للجسد والتزين لمقابلة المولى عز وجل، وهو ما يحرص عليه كل مسلم، ولم نسمع مثلا بمن يطوف حول الكعبة أو ما بين الصفا والمروة سبعين مرة. لكي يتأكد من أنه طاف، وهذا هو ما لو حدث لاعتبرته أنا فعلا قهريا دينيا، ويتضح في الحالة أيضا ما يسمى بالبطء الوسواسي، حيث يمضي وقتا طويلا في الصلاة من دون أن يستطيع التركيز فيها ثم يتضح مدى القلق والمعاناة اللذين يعيش فيهما هذا المريض وكيف أصبح واقفا على باب الاكتئاب عافانا الله منه.

(٢) الوسوسة.. والتطلع إلى العورات

«الإخوة الكرام في مشاكل وحلول... أنا شاب عمري ٣٣ سنة، أدرس خارج بلدي.. مشكلتي غريبة جدا، وأنا في غاية الخجل منها، ولكني آمل أن أجد لديكم الحل. مشكلتي هي أنني عندما أتحدث إلى أي إنسان، فإن عيني تتسلل للنظر إلى مكان عورته سواء كان رجلا أو امرأة. وبالنسبة للنساء فإن عيني تتسلل إلى أي جزء غير مغطى من الجسد. هذا يحدث لا إراديا، حتى أنني بدأت أشك في أن هذا بتأثير من الجن، حاولت العلاج لدى بعض الأطباء، ولكني توقفت... بالمناسبة أنا متزوج حديثا، وزوجتي ليست معي هنا. أرجو منكم المساعدة».

وهذا أيضا مثقف عربي مسلم يدرس في الخارج، ولكنه لا يستطيع التخلص من فكرة الربط ما بين الوسواس القهري وبين فعل الجن، فما يعانيه هو نوع من أنواع الأفكار التسلطية الجنسية المحتوى التي تولد أفعالا قهرية جنسية المحتوى أيضا، وهذا الشكل من أشكال الفعل القهري الجنسي المحتوى منتشر في مجتمعاتنا ربما أكثر من الغرب، لأنني شخصيا شاهدت العديد من

الحالات. (ومنها حالة النظارة السوداء أو حالة خالد، وسنعرضهما عند الحديث عن علاقة الأفكار التسلطية بالأفعال القهرية)، ولا أستطيع أن أتكهن حول عدد الذين يعانون في صمت من هذه الحالة في بلادنا العربية ويمنعهم الحياء والتدين من الشكوى.

وهناك استثناء في طب النفس الغربي لحالات كاضطراب المقامرة المرضي Pathological Gambling وهو ما يسمى أحيانا «اضطراب المقامرة القهرية Compulsive Gambling» ، وكذلك حالات التعود على العقاقير المسببة للإدمان Psychoactive Substance Dependence ، وأيضا حالات الاضطرابات الجنسية القهرية بأنواعها المختلفة Compulsive Sexual Disorders ، وبعض حالات اضطرابات الأكل النفسية، كل هذه الاضطرابات تحدث فيها أفعال قهرية ربما اجتمعت فيها بعض شروط الفعل القهري المذكورة فيما سبق، ولكنها تستثنى لأسباب لعل أهمها أن الفعل في أغلب هذه الاضطرابات إنما يشبع اندفاعة لدى المريض وغالبا ما يكون ممتعا على عكس ما يحدث لمريض الوسواس القهري، فالفعل هنا إنما يكون وسيلة وحيدة للتخلص من العذاب والتوتر والألم النفسي.

وبعد أن قدمت فيما سبق شرحا لماهية الفكرة التسلطية وماهية الفعل القهري أورد فيما يلي الدلائل التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري حسب تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية (منظمة الصحة العالمية ١٩٩٩، ص ١٥٣-١٥٥) لمنظمة الصحة العالمية (المراجعة الأخيرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD/10):

الدلائل التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري

من أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد يجب أن تتوافر أعراض وسواسية Obsessional Symptoms أو أفعال قهرية Compulsive Acts أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعين مستمرين على الأقل، وأن تكون مصدرا للإزعاج أو لتشويش الأنشطة المعتادة، وتتميز الأعراض الوسواسية (القهرية) بالمميزات التالية:

(أ) يجب إدراك أنها أفكار المريض أو نزواته الخاصة.

(ب) يجب أن يكون هناك فكرة أو فعل واحد على الأقل لا يزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح، حتى إذا كانت هناك أفكار أو أفعال أخرى توقف المريض عن مقاومتها.

(ج) يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدرا للمتعة (لا يعتبر مجرد تخفيف التوتر أو القلق متعة).

(د) يجب أن تكون الأفكار، أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج.

ويقسم اضطراب الوسواس القهري إلى عدة أنواع حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD/10 كما يلي:

(١) اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار أو اجترارات وسواسية

Predominantly Obsessional Thoughts or Ruminations

قد تأخذ هذه الاضطرابات شكل أفكار أو صور نفسية أو نزوات لإتيان فعل بعينه، وهي تتباين كثيرا في مضمونها، ولكنها دائما تقريبا مزعجة بالنسبة إلى الشخص. فقد تتعذب امرأة على سبيل المثال، بالخوف من أنها قد تفشل يوما ما في مقاومة الاندفاع لقتل طفلها الذي تحبه، أو بواسطة المضمون غير اللائق والغريب عنها لصورة ذهنية متكررة. وأحيانا تكون الأفكار مجرد أفكار لا طائل من ورائها تتناول تفكيرا لا نهائيا وشبه فلسفي في احتمالات عسيرة التقدير، وهذا التفكير غير الحاسم في البدائل يعتبر عنصرا مهما في اجترارات وسواسية Obsessional Ruminations أخرى كثيرة، وعادة يصاحبه انعدام القدرة على اتخاذ قرارات بسيطة ولكن ضرورية في الحياة اليومية.

والعلاقة بين الاجترارات الوسواسية والاكتئاب علاقة وثيقة بشكل خاص، وتعطى الأولوية لتشخيص اضطراب وسواسي قهري فقط في الحالات التي تظهر فيها الاجترارات أو تستمر في غياب اضطراب اكتئابي.

(٢) اضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية (طقوس وسواسية):

Predominantly Compulsive Acts [Obsessional Rituals]

تدور أغلبية الأفعال القهرية حول النظافة (خاصة غسيل اليدين)، أو التحقق المتكرر من تأمين وضع معين يحتمل أن ينجم عنه خطر، أو التحقق من النظام والترتيب. ووراء هذا السلوك الواضح يوجد خوف يكون عادة من خطر يصدر ضد الشخص أو منه. وتكون هذه الطقوس محاولات غير مؤثرة أو رمزية لمنع هذا الخطر. وقد تستغرق أفعال الطقوس القهرية Compulsive Ritual Acts ساعات طويلة كل يوم ويصاحبها أحيانا تردد وبطء شديدان. وهي بصفة عامة تشيع بشكل متساو بين الجنسين، وإن كانت طقوس غسيل

اليـدين تشـيع أكـثـر بـين النسـاء في حين يشـيع البطء دون تكرار أكـثـر بين الرجـال. وترتبط أفـعـال الطـقـوس بدرجـة أقل مع الاكـتـئـاب منه مـع الأفكار الوسـواسية، كما أنها تكون أكثر استجابة للعلاجات السلوكية.

(٣) أفكار وأفعال وسواسية مختلطة:

.Mixed Obsessional Thoughts and Acts

يعـانـي أغلب مـرضى الوسـواس القـهـري من عناصـر كل من التـفـكيـر الوسـواسـي والسـلوك القهري. ويجب استـخدام هذه الفئة إذا كـانت الظاهـرتان واضـحـتين بالتـسـاوي، كمـا هي الحـال غـالبـا. ومع ذلك فـمن المفـيـد تسـجيل إحـداهـمـا فـقـط إذا كـانت بارزة بشـكل واضـح، ذلك أن الأفـكار والأفـعـال قـد تستجيب لعلاجات مختلفة.

(٤) اضطرابات وسواسية قهرية أخرى

Other Obsessive Compulsive Disorders

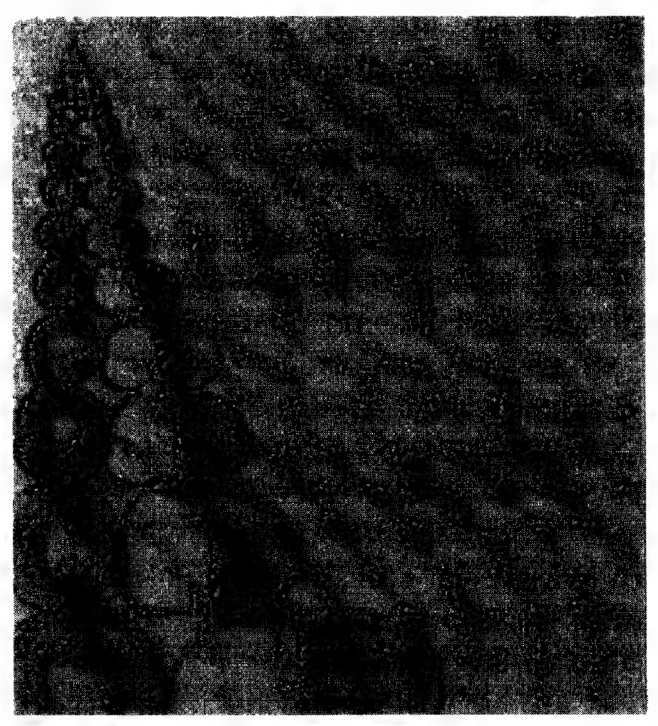
(٥) اضطراب وسواسي قهري غير معين

Obsessive Compulsive Disorder Unspecified

وأما الدليل المصـري لتشخيص الأمراض النفسـيـة DMP-1 (الجمعية المصرية للطب النفسـي، ١٩٧٩ ص٦٠) والصـادر في منتصف السـبـعـينيـات من القـرن العشرين، فقد صنف فيه اضطراب الوسواس القهري ضمن قسم العصاب، وجاء تحت عنوان العصـاب القهري الوسـواسـي ما يلي: «يتصف هذا الاضطراب بوجود أفكار أو نوازع أو عـواطف أو أفعـال مقتحـمـة ومثـابرة بحيث لا يستطيع المريض وقفها. وقد تكون الأفكار مجرد كلمـة واحدة أو فكرة، أو اجتـرارات أو سلسلة من الأفكار، يدرك المريض تمامـا عـدم مـعـقـوليتـهـا (وبعـدها عن المنطق)، كمـا تـخـتلف الأفعال من حـركات بسيطة إلى طقـوس معقدة مثل غسيل اليدين المتكرر، وكثيرا ما يصـاحـب هذه الأفعال قلق وخوف وضيق إذا ما مـنع المريض عن إكمال طقسه القهري، أو إذا ما انشغل بعجزه عن السيطرة عليه».

وهكذا نكون قـد وصـفنا الشـقـين الكبـيـرين لأعـراض اضـطراب الوسـواس القهري اللذين يتداخل كل منهما مع الآخر في ذلك الاضطراب، كما يمكن أن يوجد أي منهما في العـديد من الاضطرابات النفسـية الأخـرى. ولكن من المهم أن نبين أبعـاد العـلاقـة بين هذين الشـقـين الكبيـرين أي بين الفكرة التسلطية والفعل القهري وهو ما سنفعله في الصفحات التالية.

وأختتم هذا الجزء برسم لمريضة باضطراب الوسواس القهري عمرها ستة عشر عاما أرادت أن تعبر فيه بفنها عن الفكرة التسلطية والفعل القهري كما تحسهما. فجاء تعبيرها بليغا. وهذا الرسم منشور على الإنترنت:



رسم تعبيري عن الوسواس القهري (Francesca, 2002)

(٣) علاقة الأفعال القهرية بالأفكار التسلطية

وأما علاقة الأفعال القهرية بالأفكار التسلطية فإن الغالبية العظمى (أكثر من ٩٠٪ -٩٥٪) من حالات الأفعال القهرية تكون مصحوبة بأفكار تسلطية والعكس أيضا صحيح ففعل غسل الأيدي مثلا يكون مصاحبا لأفكار تسلطية متعلقة بالنظافة أو التلوث ويكون غسل الأيدي المتكرر هو السبيل الوحيد ليستريح المريض ـ ولو قليلا ـ من تلك الأفكار. وأفعال إعادة التأكد «التحقق» القهرية تكون مصاحبة لأفكار وشكوك تتعلق بإتمام فعل ما على أتم وجه !

وإعادة التأكد أو التحقق هنا هي أيضا السبيل الوحيد للتقليل من حدة وإلحاح الشكوك على وعي المريض، ولكن الرابطة بين الفعل القهري والأفكار التسلطية لا تكون دائما متسمة بشيء من المنطق - وإن كانت منطقية الرابطة مبالغا فيها - بل يحدث أحيانا ألا يكون هناك أي نوع من الربط المنطقي بين الظاهرتين كأن يجد المريض نفسه مضطرا إلى البقاء واقفا على أطراف أصابع قدميه طوال الليل لكي لا تغرق السفينة التي يسافر فيها أولاده في ظلام البحر! وكذلك هناك حالات تكون الأفعال القهرية فيها غير مصحوبة بأفكار تسلطية، ولا يكون لدى المريض تفسير لأفعاله إلا أنها تعطيه شيئا من الراحة، وأما ما يعرض به المريض باضطراب الوسواس القهري نفسه على الطبيب النفسي من أعراض قهرية فإن النسب حسب دراسة لأحمد عكاشة (Okasha, 2001) تكون كما يلي:

١- أفكار تسلطية فقط: في نسبة ٢٨.٩٩٪ من المرضى.

٢- أفعال قهرية فقط: في نسبة ٣١.١١ ٪ من المرضى.

٣- أفعال قهرية وأفكار تسلطية في الوقت نفسه في نسبة ٤٠ ٪ من المرضى.

ونستطيع تقسيم مرضى اضطراب الوسواس القهري على أساس نوعية الأعراض من ناحية كونها أفكارا تسلطية فقط أو أفعال قهرية فقط أو القسمين معا (وليس ما يذهب المريض بسببه إلى الطبيب النفسي كما في دراسة عكاشة)، وذلك حسب الدراسات الغربية إلى:

١- مرضى يعانون من أفكار تسلطية فقط وتبلغ نسبتهم ٩ ٪.

٢- مرضى يعانون من أفعال قهرية فقط وتبلغ نسبتهم ١ ٪.

٣- مرضى يعانون من أفكار تسلطية وأفعال قهرية وتبلغ نسبتهم ٩٠ ٪.

ولعل في تاريخ الحالتين التاليتين ما يبين نوع التفاعل بين الأفكار التسلطية والأفعال القهرية المصاحبة لها، كما تبين الحالة الأولى شكلا من أشكال الأفعال القهرية العقلية:

(٧) «النظارة السوداء»

كان خالد (وهذا ليس اسمه الحقيقي) مدرسا في إحدى المدارس الإعدادية المشتركة في إحدى القرى؛ دخل على الطبيب النفسي وقد وضع نظارة سوداء حجمها كبير بالنسبة لوجهه الدقيق الملامح بشكل لافت، وقال للطبيب أنا جئت إليك لعلك تستطيع مساعدتي فقد نهرني الكثيرون من

الشيوخ ووبخني بعضهم، ولم أجد حلا للعذاب الذي أعيش فيه إلى أن نصحني صديقي المدرس، لأنه رآني دائم التوتر والاضطراب، باللجوء إلى الطبيب النفسي، على رغم أنه لا يعرف شيئا عن حالتي، وعندما طلب الطبيب منه أن يخلع النظارة لأنها تغطي جزءا كبيرا من وجهه والطبيب النفسي يحتاج إلى متابعة تعبيرات الوجه في أثناء الاستماع إلى مريضه، كان رده أنه جاء من أجل ذلك، وهو إنما يلبس النظارة لكي لا يحرج نفسه! فطلب منه الطبيب أن يخلع النظارة لأنه لا حرج مع الطبيب بوجه عام ومع الطبيب النفسي بوجه خاص، وسأله أن يفسر ما قاله من حيث علاقة النظارة بالحرج. وعندما خلع النظارة بدا لون الجلد حول عينيه ولون جفونه أفتح من بقية وجهه، مما يدل على لبسه النظارة فترات طويلة؛ وقال: أنا شاب ملتزم يصفني الجميع بأنني مؤدب ومحترم وقد كنت أظن نفسي كذلك إلى أن حدث منذ ما يقرب من السنة أن كنت أزور أحد أصدقائي في بيته الذي يعيش فيه منفردا، وقال لي أنه أعد لي مفاجأة لن تخطر ببالي أبدا، ثم دخل إلى إحدى غرف البيت وناداني بعد دقيقتين من قيامه، فذهبت إليه فإذا به يجلس أمام جهاز التلفزيون ويقول لي «متع نفسك يا خالد» وكان ما رأيته صدمة لي بكل المقاييس، لقد كان شيئا بشعا مقرفا، كان فيلما جنسيا يا دكتور، وأنا في الحقيقة لم أستطع تمالك نفسي إلا بعد ما بين خمس وعشر الدقائق بعدها خرجت جريا من الغرفة والبيت كله، وهو يصيح خلفي في استهزاء ويضحك: «لم أكن أعرف أنك طفل! طفل في الثالثة والعشرين من العمر!»:..

«قطعت علاقتي به بالطبع منذ ذلك اليوم، لكنني لم أعد نفسي التي كنتها بعد ذلك اليوم، فمن يومها وأنا أضطرب كلما وقفت أمام أي إنسان، وحتى لو جلست أمامه في وضع يجعل جسده مكشوفا لي، لأن عيني سوف تتجه بالرغم مني إلى مكان عورته، وأخاف إذا حاولت منعها من ذلك أن أفشل، كما أخاف أن يلاحظ أحد ذلك، ثم أنني أضطرب ويظهر علي التوتر الشديد خاصة أمام البنات، والمدرسة التي أعمل فيها مشتركة فيها البنون وفيها البنات! وظللت في معاناتي هذه ثلاثة شهور حتى بلغ بي الأمر أنني أصبحت أتغيب عن المدرسة وأخاف أن يعرف أحد ما أفعله، رغم أنني لا أستطيع منع ذلك بالرغم من عدم موافقتي وعدم رغبتي فيه، أنا أشعر بالقرف الشديد من نفسي حتى أنني فكرت في الانتحار ولولا

خوفي من الموت كافرا لفعلت. لكنني من بعد ما اهتديت إلى فكرة النظارة هذه؛ أصبحت أكثر قدرة على التعامل مع الناس، فحركة عيني واتجاه بصري الآن لا يعرف بهما الناس ويبقى حسابي عند الله، فأنا منافق وقذر بلا شك، ولكنني أستر بلواي عن الناس يا دكتور! ثم أصبحت منذ حوالى ثلاثة شهور أجد نفسي مضطرا قبل الخروج من باب البيت إلى أن أتخيل كل المواقف التي ستحدث بيني وبين من سأقابلهم من زملائي ومن الطلبة، ثم أرتب كل كلمة سأقولها وكل حركة سأقوم بها، كل ذلك في ذهني، ولا أستطيع عدم فعله بل إن مجرد فكرة أن يحدث شيء غير متوقع أو أن تصدر مني كلمة غير معدة، مجرد هذه الفكرة ترعبني. لقد أصبحت أحتاج إلى ما بين الساعة والتسعين دقيقة على الأقل لكي أرتب اليوم كله في ذهني، ولا أستطيع الخروج من دون ذلك، ولا أستطيع النوم آخر الليل قبل أن أراجع وأتأكد من أنني تصرفت طبقا له، فأنا أرتب كل صباح وأراجع كل مساء».

«أرجوك ساعدني، لقد قال لي بعض الشيوخ إنني مسحور وقال لي بعضهم إن الشيطان نفسه تلبس بي وبعضهم قال إنني دست على جني كافر أعمى فسكن في عيني وكلهم لم يساعدوني في شيء. وأما شيخ المسجد الذي كنت أحبه فقد انقلب وجهه عندما حكيت له حالي واستغفر وكبر، وقال لي: انتظر يا أخي ولا تحدثني في هذا الأمر حتى ينتهي شهر الصيام! ثم أصبح يتهرب مني بعد ذلك! نعم فعل ذلك على رغم أنه كان أول من لجأت إليه وحكيت له سري، على ورغم أنه الوحيد الذي كنت أنتظر منه المساعدة، وأنا لا أشعر بأنني مذنب بلجوئي إليه؛ فكل الشيوخ الذين ذهبت إليهم بعد ذلك كنت أعرف أنه حرام علي أن أستعين بهم، لكنني لم أجد أمامي غيرهم بعد أن تهرب مني شيخ المسجد! وانقطعت أنا عن الصلاة في المسجد أيضا. ولا أظنه يخفى عليك أنني كنت أسافر إلى بلاد بعيدة لأنني أخاف أن يفضح الشيوخ القريبون من بلدتي أمري، ولكن لا فائدة كنت أجنيها من كل ذلك».

وسأله الطبيب أن يذكر حكاية خوفه من حركة عينيه بشيء من التفصيل وهل عينه تتحرك رغما عنه ؟ فأجاب بأنه يعرف أنها لا تتحرك رغما عنه، ولكن الذي يحدث هو أنه عندما يقف أمام الشخص تلح عليه

الفكرة بأن بصره سيتجه إلى مكان عورة هذا الشخص، وأنه قد يفشل في منعها، لأنه لابد يريد ذلك، ربما ليقارنها بما رآه في الفيلم المشؤوم، وربما لأنه إنسان قذر وربما لسبب لا يعرفه. لكنه في جميع الأحوال لا يستطيع التركيز فيما يقوله ذلك الشخص له، لأنه يخاف أن يفلت منه زمام الأمور ويلاحظ الشخص اتجاه بصره، ولذلك كان يضطرب منذ ذلك اليوم في كل المواقف الاجتماعية؛ وتكون الطامة الكبرى إذا أتى الشخص بحركة من يديه أو رجليه بحيث يبدو وكأنه يخفي مكان عورته، لأن ذلك يدخل خالد في دوامة من الشك في «هل تحركت عينه ولم يشعر بها من فرط اضطرابه ؟» ثم، أضاف أن لبسه للنظارة كان بمثابة إنقاذ لعمله كمدرس ولعلاقاته الاجتماعية، لأنه لولا النظارة لقعد في بيته، لا بل في غرفته، ولكن النظارة بالطبع لا تحل المشكلة مع قيمه ومبادئه، وهو يشعر بأن الله لابد غاضب عليه لذلك.

ويظهر من هذا التاريخ المرضي مدى سخف الفكرة التسلطية، وكيف يمكن أن تترسب في ذهن الشخص بعد حدث حياتي مؤلم بالنسبة إليه، كما يظهر كذلك ما يمكن أن يصل إليه مريض الوسواس القهري من الرغبة في الانتحار للتخلص من عذابه، كما تتضح لنا الأفعال القهرية العقلية Mental Compulsions، متمثلة فيما يسميه خالد بالترتيب، فقد أصبح يجد نفسه مضطرا إلى تخيل كل المواقف التي يتوقع أن تحدث خلال وجوده خارج بيته وترتيب ردود أفعاله لكل منها، ثم يضطر في المساء إلى مراجعة ما حدث أيضا، كما يتضح كيف يؤدي إلحاح الفكرة التسلطية إلى لجوء المريض إلى معادلتها بفعل قهري هو ارتداء النظارة السوداء في هذه الحالة، ربما للشك في القدرة على التحكم في حركة العين وربما لإخفائها إذا قرر المريض الاستسلام للفكرة التسلطية. كما يتضح مثال لشيخ مسجد لم يكن على مستوى المسؤولية حيث لم يزد علمه في موضوع الوسواس على كونه أمرا يتعلق بالشيطان، ولذلك نهر المريض الذي لجأ إليه وطلب منه ألا يتحدث معه في هذا الأمر حتى ينتهي شهر رمضان، كما يتضح كذلك اللجوء القهري للبس النظارة كنوع من محاولة السيطرة على المخاوف التسلطية، وقد شرح له الطبيب طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه واتفق معه على تناول الدواء، وعلى عدد من جلسات العلاج المعرفي. وبعد خمسة

أسابيع من المواظبة على تناول العلاج ومتابعة الجلسات المعرفية دخل خالد على الطبيب وقد خلع النظارة وبدت على وجهه ابتسامة لم يشهدها الطبيب من قبل، وقال: «أنا الآن خالد الذي كان، تخيل أنني سأذهب اليوم لخطبة جارة لنا، وأمي وأبي في غاية السعادة، ولا يكفان عن الدعاء لك يا دكتور: إنني أتحرك في المدرسة وفي الشارع بمنتهى الحرية ومن دون النظارة، وأتكلم مع من أشاء ولا أخاف! كيف يمكن للدواء أن يفعل ذلك؟» فقال له الطبيب احمد الله الذي هدى البشر لعلاج يخلص كثيرين من العذاب ولا تترك الدواء قبل سنة يا خالد، وحبذا لو أنك رجعت تصلي في المسجد وأخبرت شيخ المسجد بما أنعم الله به عليك وحكيت له حكاية اضطراب الوسواس القهري، وأنه مرض له علاج.

وسواس القولون عند المسلمين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، إخواني الكرام، أعاني منذ حوالي ٨ سنوات من الوسوسة في الوضوء والصلاة، والصفات الشخصية التي ساهمت في ذلك هي: الدقة في الأمور (الكلام، التصرفات، النظرات) التي تصل أحيانا إلى حد التدقيق، ومراجعة التصرفات السابقة بشكل مستمر.

مشكلة الوضوء: أعاني من مشكلة صحية هي الغازات الدائمة، وحاولت مرارا معالجة المشكلة بزيارات للطبيب دون جدوى، فقررت اللجوء إلى الرخصة في حالة انفلات الريح. والمشكلة في بداية الوضوء، حيث إنني أشك في أمرين: إرادتي في خروج ما خرج، أم عدم إرادتي، حيث أعتبر إرادتي في خروجه خارج موضوع العذر. وهكذا أبقى في حالة ترقب لنيتي المرافقة لما أشعر بخروجه، وأظل أقول الآن سأبدأ الوضوء بدون عزم على خروج ما خرج، وأعود وأقول لا لقد خرج هذا برغبتي، وأعاود المحاولة منفقا في هذه الحلقة الأوقات الطويلة، تصل أحيانا لساعات، وأعتقد أن الحل هو أن أبدأ الوضوء ولا أعود أسأل نفسي، ولكني أنجح في هذا نادرا، وربما عدم قدرتي على هذا هو الجزء الرئيسي في هذه الوسوسة، وأحيانا أنهي الوضوء، وعندما أقوم بالتحرك قد ينتابني ألم من قدمي أو ظهري مما ينتاب أي أحد أثناء

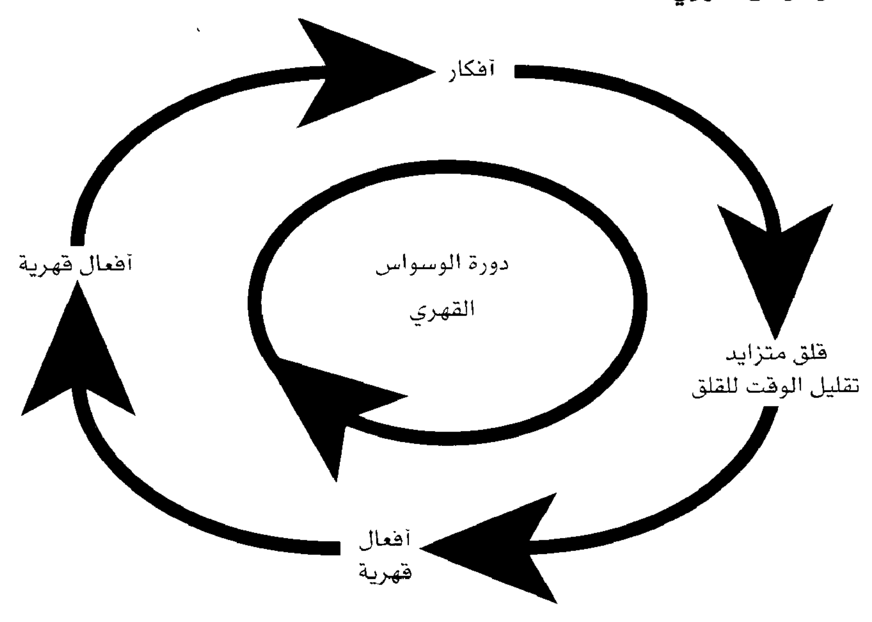
تحركه اليومي، عندها تنقطع مراقبتي لوضوئي وأشعر بخروج شيء، فأقول هذا الألم والخروج بسببه خارج العذر، ولكني أعود وأقول هذا ضمن العذر، وغالبا ما أنجح في هذا ولله الحمد. وألاحظ أني بمجرد أن أهم بالوضوء أشعر بضغط كبير في بطني وشد في أعصابي يساهم في خروج المزيد من الغازات.

مشكلة الصلاة: مشكلتي في الصلاة أساسها بالإضافة للصفات الشخصية التي ذكرتها أني ألثغ في حرف «الراء»، ومع التدقيق ابتدأت مشكلتي في دوامة من الشك هل قلت التكبير بشكل مقبول؟ وبعد الالتجاء لله تعالى ثم مجاهدات لنفسي أقنعت نفسي بأن الله لا يكلفني إلا ما بوسعي، والمشكلة الآن أني أستطيع التكبير داخل الصلاة وقبل الصلاة وبعد الصلاة، إلا عندما أريد البدء فإني أقف عاجزا عن التكبير بشكل غريب يشبه الشلل، وأكرر التكبير لأثبت لنفسي أني قادر عليه، ولكن عندما أعزم أن أجعله لبدء الصلاة يعود العجز الغريب، حتى ظننت أني مسحور لغرابة هذا الأمر علي، ولكني أعود وأقول هذه مشكلة نفسية متقدمة، والمشكلة نفسها تتكرر في الفاتحة، والتشهد والسلام، ولكن ولله الحمد شفيت في مرحلة الفاتحة تماما.

طبعا هاتان المشكلتان أثرتا في علاقتي بالناس، خاصة في المسجد، حيث إني أشعر بأن جميع الناس ينظرون إلي نظرة غير طبيعية، وأشعر بأن من يسلم علي بصدق ممن أصلي بجانبهم إنما يفعل ذلك جبرا لخاطري، أو للطفه الشخصي، وهو ما يفقد العلاقة بيني وبينهم حرارتها، ومنذ أسبوع لم أعد أستطيع الصلاة بالمسجد لعدم قدرتي على التكبير، وأنا أقف بالصف، وهو ما أحزنني كثيرا، حاولت قراءة كتاب الدكتور محمود تكريتي «آفاق بلا حدود»، ووجدت أن حالتي نوع من المعتقدات المعوقة، ولكن عندما أتى للعلاج لم يذكره، حيث قال إن الأمر حساس ويجب أن يقوم به أهل الدراية. الرجاء مساعدتي بوصف الأدوية وتحديدها وعدم الطلب مني الذهاب إلى الطبيب: حيث إني أعيش في بلد غربي، ولا يمكنني اللجوء إلى دكتور أجنبي لن يتفهم حالتي. أرجو أن يتسع صدركم لأخذ التفاصيل اللازمة عني لتحديد العلاج المناسب، وجزاكم الله خيرا.

وتوضح هذه الحالة شدة وطول المعاناة التي يعيشها المريض، وكيف تعدت سمة الدقة والانضباط في شخصيته حدود الطبيعي، ثم تفاعلت مع المعطيات الدينية الخاصة بالطهارة والوضوء والتكبير للصلاة، فالأفكار التسلطية تجعله يشك ليس فقط في وقوع الحدث من عدمه، ولكن أيضا في هل حدث ذلك بإرادته أم لا، ثم يجد نفسه مضطرا لتكرار الوضوء الذي هو هنا بمثابة الفعل القهري، ثم نراه يراقب وضوءه طوال ساعات الصحو، ثم إذا هم بالوضوء زاد توتره العصبي، مما يزيد من مشكلة القولون تعقيدا! ثم تدفعه الأفكار التسلطية الخاصة بالشك في إحسان تكبيرة الإحرام إلى تكرار التكبير أحيانا، وإلى العجز عنه أحيانا كما ذكر، ثم وصل به الحال إلى الخوف من الصلاة في المسجد.

وعلى الرغم من قبول معظم الأطباء النفسيين لفكرة وجود أفكار تسلطية من دون أفعال قهرية مصاحبة لها، على عكس رأيهم في حالة وجود الأفعال من دون الأفكار (كما يتضح من النسب السابقة)، فإن الحقيقة أن وجود الأفكار التسلطية من دون وجود أفعال قهرية مصاحبة لها أمر مشكوك فيه إلى حد كبير، وذلك لأن معظم حالات الأفكار التسلطية تكون مصحوبة بأفعال عقلية، والأفعال العقلية بالطبع تأخذ شكل الأفكار فتحسب معها في أغلب الأحوال خلال المقابلة النفسية مع المريض على أنها وساوس لا أفعال، وقد جربت أن أثابر على السؤال مع كثير من مرضى الوسواس القهري الذين يشتكون من أفكار تسلطية متعلقة بالذات الإلهية أو المقدسات عموما، وهي حالات مشهورة كأفكار تسلطية من دون أفعال قهرية، وكنت في كل مرة تقريبا أصل إلى أن المريض يتخلص من ألم فكرته التسلطية بقراءة آية معينة من القرآن أو استرجاع حديث نبوي لا مرة واحدة ولا مرتين وإنما مرات عديدة حتى يحس بالراحة والهدوء، وبعضهم قال لي: «الحمد لله صحيح أنني أفرط في تلاوة الآية نفسها، لكنني على الأقل آخذ ثوابا». وأنا أرى أن هذا فعل عقلي قهري موجود، وكثيرا ما لا يذكره المريض، ولا يسأل عنه الطبيب وإن ذكر فغالبا ما يحسب على أنه وسواس مع أن التفريق بين الفكرة التسلطية والفعل العقلي القهري سهل فالأفكار التسلطية تحشر نفسها في وعي المريض رغما عنه وتسبب القلق والتوتر والانزعاج بينما الأفعال العقلية القهرية يفعلها الشخص مختارا لكي ينقص القلق والتوتر والانزعاج.



الشكل (١): دورة الوسواس القهري

ونستطيع أن نتصور المسار النفسي من الفكرة التسلطية إلى الفعل القهري بشكل آخر، فهناك أولا الفكرة التسلطية على المستوى المعرفي وهذه تنتج على مستوى المشاعر إحساسا بالقلق المتزايد، ثم يولد هذا القلق رغبة شديدة تدفع الشخص ناحية فعل أي شيء لتقليل إحساسه بالقلق المؤلم فيكون هذا الفعل هو الفعل القهري. الذي يعطي إحساسا مؤقتا بالراحة والخلاص من القلق، لكن هذا الإحساس لا يدوم طويلا لأنه لا يزيل الفكرة التسلطية كما أنه يولد لدى الشخص إحساسا بعدم كفاية الفعل القهري نفسه مما ينتج عنه تعاظم جديد للقلق وهكذا تعاد الدورة النفسية ما بين الفكرة التسلطية على المستوى المعرفي أو العقلي وبين الفعل القهري على مستوى الأفعال، وأما الجدول التالي (جدول ٤)، الذي قمت بتعريبه (مع إضافة بعض الأمثلة بما يتوافق مع أعراض العرب المسلمين) (Rasmussen & Eisen,1989) و(Khouzam & McCarthy ,1997) و(Kaplan & Sadock ,1998) فيمثل شكلا آخر لعلاقة الأفكار التسلطية بالأفعال القهرية المصاحبة لها، والأنواع الموجودة من الأفكار أو الأفعال القهرية في هذا الجدول تتسم بنوع من الرابطة المنطقية ما بين الفكرة التسلطية وبين الفعل القهري المصاحب لها. فمثلا تقابل الأفكار التسلطية المتعلقة بالاهتمام بالنظافة أفعال أو طقوس قهرية تشمل الغسل القهري. وهذا ما لا نجده في الكثير من الحالات:

الجدول (٤): مقابلة بين بعض أنواع الأفكار التسلطية وما قد يصاحبها في معظم الحالات من أفعال قهرية.

أفكار تسلطية	أفعال قهرية
الاهتمام الزائد بالنظافة أو الطهارة (القذارة، الجراثيم، التلوث، النجاسة)	الاغتسال والغسل أو الوضوء أو التنظيف الطقسي أو المبالغ فيه
الاهتمام الزائد بالدقة والانضباط (النظام، التناسق)	التنظيم والترتيب الطقسي المتكرر
الاهتمام الزائد بالحاجيات المنزلية (الأطباق، الملاعق، الصابون... إلى آخره)	التحقق وإعادة التحقق وعمل قوائم مفصلة بهذه الحاجيات
الاهتمام الزائد بإفرازات الجسد المختلفة (كاللعاب والبول والبراز)	طقوس إزالة آثار العرض لأي من هذه الإفرازات مع تجنب ملامستها.
الأفكار التسلطية الدينية (وتأخذ شكل الشك في المعتقدات بصورة اجترارية أو شكل النزعات القهرية لإتيان فعل محرم أو التجرؤ على المقدسات، وقد تأخذ شكل الأفكار الاقتحامية خاصة أثناء العبادة)	طقوس دينية زائدة عن الحد الطبيعي كالصلاة طوال اليوم أو الإمساك بالمسبحة والتسبيح طوال النهار.
الأفكار التسلطية الجنسية (اندفاعات جنسية عدوانية أو محرمة أو موجهة ناحية المحارم).	أفعال جنسية طقسية قهرية (مثل مشاهدة الصور الجنسية والنظر لعورات الناس والاستمناء القهري)
الاهتمام الزائد بالصحة (الخوف من أن مرضا معينا يوجد بالفعل أو سيصيب الشخص ويؤدي إلى الموت)	طقوس قهرية متكررة تتمثل في الكشف عند الأطباء وإجراء الفحوص والتحاليل الطبية المختلفة
المخاوف التسلطية القهرية (مثلا الخوف من إيذاء أو التسبب في إيذاء النفس أو الآخرين)	التحقق وإعادة التحقق من الأبواب أو الأفران أو الأقفال أو أجهزة الإنذار أو من أنه لم يدهس أحدا في الطريق مثلا
أفكار تسلطية متعلقة بالأرقام أو الأعداد أو الأصوات أو الكلمات أو الموسيقى... إلخ	طقوس قهرية متباينة كالعد أو التحدث أو الكتابة أو عزف الموسيقى
أفكار التخزين التسلطية (تقريبا تخزين أي شيء كالجرائد القديمة، المفاتيح، الأحذية البالية... إلخ	طقوس التجميع والتخزين القهرية لأي من الأشياء من الجمادات التي لا معنى لتخزينها.

(٤) البطء الوسواسي القهري

معنى البطء الوسواسي القهري

أطلق هذا المصطلح منذ ما يقارب الثلاثين عاما ليصف مجموعة قليلة من مرضى اضطراب الوسواس القهري، يقضي أصحابه فترات مفرطة في الطول (ساعات) لقضاء أفعال يفعلها معظم الناس خلال دقائق فمثلا إذا دخل أحدهم الحمام فلن يخرج قبل ساعة أو ساعتين، وإذا كان موعد عمله اليومي الثامنة صباحا فإن عليه أن يستيقظ في الخامسة صباحا على الأقل، لأنه يحتاج إلى أكثر من ساعتين ليكون جاهزا للخروج من بيته: فهو يحتاج ربع ساعة مثلا ليقوم من سريره وربع ساعة أو أكثر ليغسل أسنانه بالفرشاة ونصف ساعة ليحلق ذقنه وربما ساعة كاملة ليستحم وربع ساعة ليمشط شعره ونصف ساعة ليفطر ومثلها ليرتدي ملابسه وهكذا ... ودائما ما يكون البطء في أداء أفعال تتعلق بالعناية بالجسم والنظافة والهندام بحيث تأخذ وقتا مفرطا لأن المريض يؤديها بتركيز وتدقيق في أدق وأهون التفاصيل ويصر على أن كل شيء يجب أن يكون مضبوطا بالضبط! ومعظم المرضى بهذه الحالة من الرجال، خاصة في الحالات التي لا يكون واضحا أنها بسبب الوساوس والطقوس، ويميل أصحابها إلى العزلة من الناحية الاجتماعية.

ويرى كثير من الأطباء النفسيين أن البطء الوسواسي القهري جزء من اضطراب الوسواس القهري، والحقيقة أن هذا أدعى لراحة العقل وأقرب للمنطق لأن النتيجة المنطقية لوساوس وأفعال قهرية تتعلق بالنظافة والتدقيق في التحكم في كل شيء وضبطه هي البطء بالطبع في فعل الأفعال الإنسانية، لكن الأمر ليس بهذه البساطة دائما حيث يرى بعض الأطباء النفسيين وبعض علماء النفس أن البطء الوسواسي اضطراب مختلف ومستقل عن اضطراب الوسواس القهري على رغم وجود أعراض الحالتين معا في الكثير من الأحيان، وهذا رأي الرجل الذي استخدم المصطلح لأول مرة (Rachman ,1974) ويدللون على ذلك بأن هناك دراسات تشير إلى بقاء البطء الوسواسي في المرضى بالرغم من تحسن الوساوس والأفعال القهرية بعد العلاج (Takeuchi et al,1997) وإن كان يمكن الرد عليهم بأن ذلك لا يعني إلا أننا نحتاج إلى علاج آخر ربما أفضل من المتاح حاليا أو علاج أشمل سواء

كان علاجا دوائيا أو سلوكيا معرفيا لعلاج البطء الوسواسي، لكننا نستطيع أن نستنتج من ذلك أن السبب في البطء الوسواسي ليس بالضرورة هو الوساوس والأفعال القهرية، ويرى الرخاوي البطء صورة من صور التكرار فهو تكرار اللاحركة أو هو تكرار النية كأنها فعل (الرخاوي ١٩٧٩).

وهناك مجموعة أخرى من الباحثين ترى أن البطء الوسواسي مرتبط لا باضطراب الوسواس القهري وإنما باضطراب الشخصية الوسواسية أو القهرية وهذا واحد من اضطرابات الشخصية سيرد وصفه في الفصل العاشر من الكتاب، الأمر المهم والمؤسف في الوقت نفسه هو أن استجابة هذا البطء الوسواسي القهري - سواء كان جزءا من اضطراب الوسواس القهري، أي عرضا من أعراضه، أو كان مستقلا عنه - للعلاج النفسي بكل صوره مشهورة بأنها ضئيلة إلى حد كبير ويبدو أن عوامل أخرى في حياة المريض - مثلا اجتماعية - تساعد على عدم استجابة المرض للعلاج فهناك عدم تعاون أفراد الأسرة مع المعالج النفسي وهناك كذلك عدم رغبة المريض في التحسن وربما وجود أفكار مبالغ في تقييمها لديه لكن كل هذه العوامل لم تدرس بالعمق الكافي حتى الآن (Blackmun ,1997) و(Veale,1993, 2001) و(American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1997 &1998).

ويبين التاريخ المرضي للحالة التالية الصورة الإكلينيكية لحالة بطء وسواسي قهري:

(٨) «مضبوط بالضبط!»

كان رامز (وليس هذا هو اسمه الحقيقي) في الثالثة عشرة من عمره عندما أتى مع والدته إلى عيادة الطب النفسي الخارجية في أحد المستشفيات الخاصة؛ وكان الولد قلقا ومضطربا إلى حد كبير، وقالت أمه: «رامز هو ابني الأكبر وله أخت واحدة تصغره بسنتين، وهو يعذب نفسه ويعذبنا يا دكتور لأنه يفعل أشياء لا معنى لها ويهتم بأشياء لا فائدة من الاهتمام بها، فضلا عما تضيعه من الوقت والمجهود: فهو مثلا يمكن أن يمضي ثلاث ساعات ليثبت بكرة المناديل الورقية في الحامل المخصص لها في الحمام وهو ما يفعله أي إنسان بسهولة في ثوان معدودة، ولكن رامز يريدها مضبوطة بالضبط فيضعها على الحامل ثم يأخذها مرة أخرى في يديه ثم يضعها في مكانها على الحامل وهكذا عددا لا نهاية له من المرات إلى

أن يقتنع بأنها مضبوطة بالضبط ! ويمكنه أن يقضي وقتا مماثلا في ترتيب وإعادة ترتيب سريره مثلا أو تنظيم وترتيب الأشياء على مكتبه: وتخيل أنه يرمي الأشياء التي لا يستطيع وضعها في دولابه أو درج مكتبه بشكل مضبوط! أي الأشياء التي لا يمكن مثلا أن توضع مستقيمة في الدرج أو الملابس الملساء التي يمكن أن تنزلق من على الشماعة ! أنا لا أدري إنه مهووس بما يسميه الاستقامة والانضباط فمثلا عندما يربط حذاءه، يمسك طرفي الرباط قبل ربطهما ليتأكد من أنهما متساويان ثم يقوم بعقد الرباط ثم يقيس الطرفين على بعضهما مرة أخرى، فإذا لم يكونا متساويين بالملليمتر يقوم بفك العقدة مرة أخرى، وهكذا يعيد الفك والربط إلى أن يتساوى الطرفان في الحالتين قبل الربط وبعد الربط، فإذا انتهى من ذلك قال بصوت مسموع: «مضبوط بالضبط»، وكأنما يطمئن نفسه!».

رامز هادئ وصامت في معظم الأحوال لكنه ينقلب إلى طفل شرس طويل اللسان في حالة دخول أي من أفراد الأسرة إلى غرفته، إنه يضطرب ويفقد القدرة على أن يظل مؤدبا، إنه يخاف من لمس أي فرد لمحتويات غرفته يا دكتور؛ وليس هذا فقط إنه يخاف أثناء وجوده في المدرسة من أن يدخل أحد غرفته، ويريد أن يغلقها بالمفتاح لولا رفض أبيه؛ وعندما نكون خارج المنزل كلنا في دار السينما مثلا أو عند أحد أقربائنا ألاحظ أنه يقف ثم يومئ إيماءات معينة بوجهه ويشد رأسه ويرفع يده اليمنى إلى جوار خده الأيمن بشكل يشبه أداء التحية العسكرية: ثم يأخذ شهيقا طويلا نسبيا ويفعل كل ذلك بحيث يكون وجهه موجها ناحية البيت! ثم يقول بصوت خفيض: (هذا مضبوط.. أنت مضبوط): والغريب أنه في بعض الأحيان مثلا عندما يكون جائعا أو عندما يزورنا ابن خاله الذي يعيش مع أبيه في أمريكا ورامز يحبه جدا ألاحظ أنه يستطيع في مثل هذه الحالات أن يتخلى عن روتينه ذلك، ويستطيع أن يفعل الأشياء بسرعة ! أما في غير ذلك فهو كما حكيت لك» وعندما سأل الطبيب النفسي رامز عن شكواه قال: «لا شيء أنا فقط أريد الحياة بطريقتي الخاصة: ولا أدري لماذا لا يسمحون لي بذلك ؟ أنا أحب أن يكون كل شيء منظما ومستقيما ومنضبطا وأحب أن أطمئن نفسي أن كل شيء على ما يرام فالحركات التي وصفتها أمي هي تعبير عن ارتياحي لانتظام كل شيء». فسأله الطبيب عن أدائه المدرسي فقال:

«الحمد لله والدي مدرس في المدرسة نفسها وهو يقوم بالتدريس لي في البيت لأنني لا أستطيع تحمل الفوضى التي يعيش فيها الطلبة؛ ولكنني على كل الأحوال أحب التصوير وأريد أن أعمل مصورا عندما أكبر مثل خالي، وربما أذهب للعيش في أمريكا حيث كل شيء مرتب ومضبوط، أرجوك يا دكتور دع أمي تحكي لك فأنا لا أريد الكلام الآن، وأنا أسمعها معك ولي حق الاعتراض إذا سمعت ما أراه غير صحيح!» فقال له الطبيب النفسي: «أنا كنت أريد أن أسأل والدتك بالفعل عن طفولتك، ولك أن تستمع معي ما دمت تريد ذلك الآن. ووجه الطبيب النفسي سؤاله للأم عن سنين حياته الأولى قبل المدرسة وفي أوائل السنين المدرسية؛ فقالت الأم: «لم يكن رامز غير طفل عادي مرح وسهل القياد، وليس أقل ذكاء ولا إقداما من أقرانه، ولم يبد عليه شيء جدير بالذكر إلا وهو في السنة الثالثة والرابعة من عمره عندما كانت لديه عادة غريبة بعض الشيء فقد كان يخبط رأسه في ظهر الكرسي كلما جلس لفترة عليه والحقيقة أنه لم يكن يبالي بمدى صلابة ظهر الكرسي، بحيث كان من الممكن أن يسهو فيخبط رأسه بقوة في ظهر الكرسي الخشبي ويبكي من الألم بعد ذلك! وهو ما جعلني أحس بأن شيئا ما ليس على ما يرام ولكن طبيب الأطفال طمأنني وقال لي أنها عادة حركية عابرة ستزول بعد فترة من تلقاء نفسها ولا داعي للقلق: والحقيقة أنني لم أطمئن تماما ولكنني انشغلت في مدرستي ودراستي للحصول على الماجستير وطمأنت نفسي بكلام طبيب الأطفال، وما أن وصل رامز إلى المدرسة الابتدائية حتى بدأت ملاحظات المدرسين تتوالى؛ فقد رأوا فيه طفلا منسحبا حذرا لا يتحمل اقتراب زملائه منه ! لكنه ذكي ويستطيع التركيز، حاولنا معه كثيرا أن يتغير فلم نفلح ولكن درجاته الممتازة كانت تجعلنا نصبر وننتظر: ولم أكن يعاودني القلق إلا في الصيف عندما نذهب إلى أحد المصائف فهو يخاف من الماء بطبيعته ودون حدوث شيء يستدعي ذلك ! لم يزد دخوله في البحر عن مستوى كاحليه ! ولو ضغطنا عليه يصيبه الهلع!... وكان تعامله مع حمام السباحة لا يزيد عن الجلوس على حافة الحمام وترك رجليه في الماء ! ولم يكن يفعل ذلك إلا بعد إلحاح لكي يكون قريبا من أصحابه أو أبيه وهم يسبحون... إن حذره وخوفه يحرمانه من الحياة الطبيعية ولكنني لم أكن أعرف ماذا أفعل له».

وكان رامز جالسا ووجهه خال من المشاعر؛ وعندما طلب منه الطبيب أن يعلق قال: «مضبوط أمي تقول كل شيء بالتفصيل... وليس لدي ما أضيفه» وتابعت الأم حديثها: «وفي سن الحادية عشرة بدأت الأمور تأخذ شكلا مؤسفا فقد بدأ يخاف من العدوى وبدأ يهتم بمن طبخ الطعام قبل أن يقدم هو على أكله، وأصبح يمسك الشوكة والملعقة أثناء الطعام بمنديل ورقي إذا لم يكن مستريحا لغسل يديه، أي أنه لم يغسلهما بما يكفي لأنه جوعان! وبعد مرور بعض الشهور أصبح يلبس ضعف عدد الملابس فهناك فانلتان داخليتان وهناك قميصان وجوربان وهكذا وذلك حتى في عز الصيف ! لكي لا يصاب بالتهاب رئوي كالذي أصاب أخته الصغرى: وبدأ يتأخر جدا في الحمام وفي غسل أسنانه لأنه يخاف من الجراثيم التي يمكن أن تدخل عن طريق الفم وأصبح يقضي نصف ساعة على الأقل في غسل وتطهير وتمشيط شعره لكي يكون خاليا من الجراثيم؛ وكل ذلك رغم أنه عندما كنا نحاصره أنا وأبوه كان يعترف بأن ما يفعله غير منطقي وغير لازم لكنه يصر على فعله لكي يستريح، وأما ما هو على النقيض من كل ما ذلك فهو أنه عادة لا يستحم إلا إذا ضغطنا عليه وربما لا يغير ثيابه إلا بعد إلحاح وكثيرا ما ينام وجوربه في قدميه!» وسأل الطبيب النفسي عن تاريخ المرض النفسي في العائلة فقالت الأم: «ليس هناك من مرض بمرض مشابه لمرض رامز: ولكن له عمًا كان يعاني مرضا عصبيا لا أدري أنا ما اسمه لكنه كان يأتي بحركات معينة بوجهه ويكررها بشكل يلفت النظر وكان معزولا اجتماعيا معظم حياته».

ويتضح في هذا التاريخ المرضي كثير من أعراض وعلامات الوسواس القهري في الأطفال فقد كانت البداية بطقوس التكرار Repeating Rituals بهدف الوصول إلى الكمالية والانضباط التام Need for Symmetry and Exactness ومن الواضح وجود نوع من أنواع التفكير اللامنطقي أو التفكير السحري أو الخيالي Magical Thinking فقد كانت لرامز تصرفات نمطية معينة تبدو فيها القوة السحرية التي يخلعها على كلامه وأفعاله وتوجيه رأسه ناحية البيت، وسبقها قبل ذلك ما قد تكون له علاقة بالاضطراب أو لا تكون، وهو خبط الرأس Head Banging، كما يلاحظ وجود بعض السمات الانطوائية أو شبه الفصامية في الشخصية Schizoid Traits، وأما ما تلا ذلك فهو الخوف القهري من التلوث والخوف القهري من العدوى Fear of

Contamination & Infection ، مع أفعال قهرية متعلقة بذلك، ثم تبع ذلك ظهور البطء الوسواسي Obsessional Slowness، ثم نجد ما هو على النقيض من كل ما سبق كما قالت الأم وهو إحجامه عن الاستحمام، إلا أن ذلك قد يكون تفسيره هو أن عملية الاستحمام تستهلك منه وقتا ومجهودا عظيما يحاول تجنبهما بتجنب التلوث ، وبعد ذلك يظهر لنا وجود اضطراب العرات (أو اللوازم الحركية) Tic Disorder عند ابن عمه، وهو ما يذكرنا بالعلاقة الوراثية المحتملة ما بين اضطراب العرات والوسواس القهري، ولم يستفد رامز من ثلاث محاولات علاجية واحدة بالماس واثنتين بنوعين مختلفين من الماسا ولم يستطع تحمل إضافة أحد مضادات الدوبامين للعلاج، خاصة عندما حدثت بعض الأعراض الجانبية التي تمثلت في رعشة خفيفة باليدين، وقال أنه لا يرى داعيا لأن يتعب الطبيب نفسه، لأنه هو شخصيا يريد الحياة بهذا الشكل، وما التزامه بالدواء إلا ليثبت لأمه أنه ولد متعاون.

وقد أظهرت إحدى الدراسات العلمية الحديثة (Sawle et al, 1991) والتي استخدمت التصوير الطبقي للمخ بقذف البوزيترون Positron Emission Tomography وجود زيادة في عمليات الأيض Hyper-metabolism عند مجموعة من مرضى البطء الوسواسي القهري في مناطق القشرة المخية التالية:

١ـ القشرة الحجاجية الأمامية Orbital Frontal Cortex.

٢ـ القشرة قبل المحركة Premotor Cortex.

٣ـ القشرة الأمامية المتوسطة Midfrontal Cortex.

بينما كانت عمليات الأيض عادية في النواة المذيلة Caudate Nucleus ، وكذلك في قشرة النواة العدسية Putamen ، وفي القشرة الجبهية الوسطى Medial Frontal Cortex ، أما تفسير ذلك ومقارنته بما نجده في مرضى اضطراب الوسواس القهري (Hymas et al , 1991) الذين لا يكون البطء الوسواسي عرضا واضحا لديهم فما زال يحتاج إلى العديد من الدراسات والأبحاث.

وفي دراسة حديثة لأحمد عكاشه وجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين أفعال إعادة التأكد القهرية والبطء الوسواسي(Okasha,2001) وربما كانت هذه (حسب بحثي) هي الدراسة العربية الوحيدة التي ذكر فيها موضوع البطء الوسواسي من بين النقاط المذكورة في النتائج، فإذا سألنا بماذا يفسر الشخص المصاب بهذا البطء الوسواسي القهري سلوكه ذلك؟ فإنه في كثير

من الأحيان لا يعطيك إجابة واضحة أو يكلمك عن تأخره أو بطئه وكأنه أمر عادي، أو كأن الآخرين الذين لا يتأخرون مثله هم مقصرون فيما يجب عليهم أن يفعلوه بدقة، وبعضهم بالطبع يشكو لك من وقوعه أسيرا للأفكار التسلطية التي ترغمه على البقاء في الحمام مثلا لساعات طويلة لكي يتأكد من نظافته أو من طهارته وبعضهم يستهلك ساعات في تصفيف شعر رأسه أو شعر حواجبه ويهتم جدا بجعل التناسق ما بين الشعرة والشعرة عند الحد الذي لا تناسق بعده ! وبعضهم ينظر لك في استغراب وكأنك تسأله عن شيء ليست لديه الإجابة عنه.

وفي خبرتي الشخصية بعد أكثر من عقد من ممارسة الطب النفسي في بلد عربي هو مصر فإن كل هؤلاء الذين وضعت لهم في ذهني البطء الوسواسي القهري تشخيصا مبدئيا كانوا مرضى باضطراب الوسواس القهري ومكتئبون في الوقت ذاته أو في حالات أقل كانوا مصابين باضطراب الفصام أو على الأقل لديهم أفكار ذهانية أو باضطراب معرفي ثانوي لحدث دماغي: وبعض الحالات تكون مصاحبة لزملة أو متلازمة داون Down's Syndrome أو لمرض الشلل الرعاش أو مرض باركينسون Parkinsons Disease، لكنني لم أر ما أستطيع تسميته بالبطء الوسواسي الأولي Primary Obsessional Slowness كما يسمونه في بعض الدراسات الغربية، ولا رآه أحد من أساتذتي وزملائي الذين سألتهم عنه.

أنواع البطء الوسواسي القهري

وإذا أردنا أن نضع تخيلا لأنواع هذا البطء الوسواسي يعتمد أساسا على خبرتي الشخصية فإن هناك الأنواع التالية:

١ـ بطء وسواسي قهري كجزء من اضطراب وسواس قهري منفرد: (غير مصحوب باضطرابات نفسية أخرى) والبطء هنا جزء من أعراض الاضطراب نفسه، أي ناتج عن أفكار تسلطية وأفعال قهرية تستدعيه أو تؤدي إليه.

٢ـ بطء وسواسي قهري كجزء من اضطراب وسواس قهري مصحوب باضطراب الاكتئاب الجسيم: وهذا النوع منتشر ويتداخل فيه البطء الناتج عن التأخير (أو الإعاقة) الحركية النفسية Psychomotor Retardation المصاحبة لحالات اضطراب الاكتئاب الجسيم الشديدة مع البطء الناتج عن

تأثير الأفكار التسلطية التي قد لا تتعلق بالتكرار أو الشك في إتمام الفعل بقدر ما تتعلق بعدم القدرة على التركيز اللازم لإتمام الفعل، ويحضرني هنا ما قرأته في أحد المواقع العربية على الإنترنت (القسم العربي لإذاعة دوتش فيللي الألمانية ٢٠٠٢) من أن الأطباء المسلمين سموا الاكتئاب بالهمود، وهي تسمية أقرب لوصف بعض حالات الاكتئاب الشديدة التي يظهر فيها هذا التأخير النفسي الحركي.

٣ـ بطء وسواسي قهري كجزء من اضطراب وسواس قهري مصحوب باضطراب الفصام أو كجزء من أعراض وسواس قهري مصاحبة لاضطراب الفصام: وهذه الحالة أيضا موجودة، وكثيرا ما يكون تعيين سبب البطء صعبا لأن المريض لا يعطي إجابات واضحة لتفسير بطئه، فاضطراب الإرادة في مريض الفصام وطغيان التردد على أفعاله كثيرا ما يترجم إلى بطء شديد، وهذا النوع من أنواع البطء الوسواسي كثيرا ما يكون عابرا يظهر في أول المرض باضطراب الفصام، وربما يعاود الظهور بين الحين والحين في بعض الحالات، وأحيانا تكون هناك أعراض وسواس قهري أخرى واضحة كالشك والغسل، وأحيانا لا تكون لدى الطبيب أي إشارات لتفسير البطء الذي قد ينتج عن الأفكار الضلالية أيضا والتي قد تتداخل مع الأفكار التسلطية كما سنشرح في موضع آخر من الكتاب.

٤ـ بطء وسواسي قهري كجزء من اضطراب وسواس قهري مصاحب لمرض الشلل الرعاش أو كجزء من أعراض وسواس قهري أو اكتئاب مصاحب لمرض الشلل الرعاش: وتتداخل في هذا النوع متغيرات عديدة كل منها يسبب البطء، فالشلل الرعاش عادة يصيب كبار السن وكبر السن نفسه يصبغ الكثير من السلوكيات بالبطء، كما أن الشلل الرعاش واحد من أمراض النوى القاعدية وهي منطقة المخ التي يعتقد أن لحدوث خلل في اتصالات الأعصاب فيها علاقة وثيقة بالوسواس القهري، كما أن الاكتئاب كثيرا ما يصاحب الشلل الرعاش، إضافة إلى وجود احتمال لحدوث عته الشيخوخة (أو السبه) (Dementia) (الجمعية المصرية للطب النفسي، ١٩٧٩ص ١٤) وتعني ذهاب العقل من الهرم كما ورد في القاموس المحيط (مجد الدين الفيروزآبادي، ١٩٣٨) في كثير من حالات الشلل الرعاش وهو أيضا يمكن أن يسبب البطء.

٥- بطء وسواسي قهري مصاحب لأمراض أو إصابات المخ الأخرى: وهنا نضع الحالات المصاحبة لمتلازمة داون وكذلك الحالات المصاحبة للأحداث الدماغية الناتجة عن إصابات المخ المختلفة، كالحالات التي تلي التهابات المخ الفيروسية أو الأحداث المخية الوعائية المستترة.

(٥) كيف تتصل الخلايا العصبية ببعضها؟ ونبذة عن السيروتونين

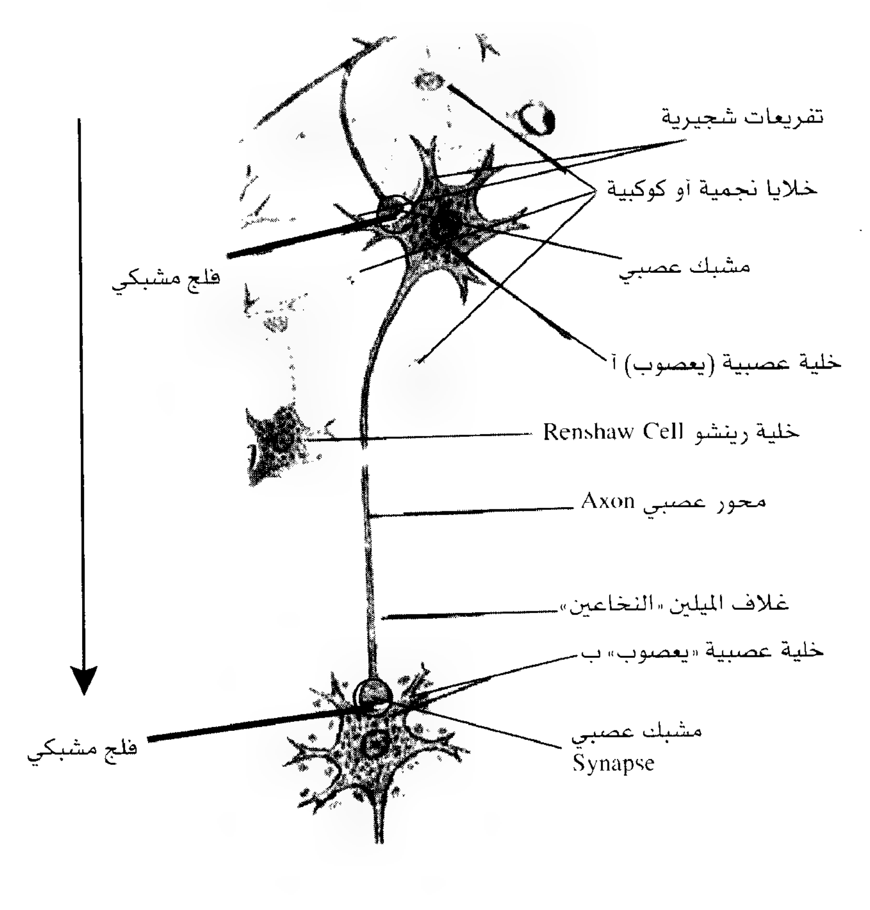
يتكون المخ البشري من آلاف الملايين من الخلايا العصبية وهناك مراكز في المخ لكل الوظائف النفسية والبيولوجية للإنسان، فهناك مركز الحركة، ومراكز للتحكم في ضغط الدم ودقات القلب والتنفس وكذلك هناك مراكز للذاكرة والسلوك والمزاج والوجدان ويرتبط المخ بالحبل الشوكي الذي يقع داخل العمود الفقري وهو يحتوي على عدد ضخم من الخلايا العصبية وبذلك يتمكن من نقل كل أنواع المعلومات من وإلى المخ من خلال الإشارات العصبية، وتتصل الخلايا العصبية التي يتكون منها الجهاز العصبي بعضها ببعض بواسطة مشابك «نقط الاشتباك العصبي» Synapses حيث يقع كل مشبك بين الخلية المرسلة والخلية المستقبلة للإشارة العصبية؛ وهذه المشابك أو المسافات الرقيقة بالرغم من أنها تفصل ما بين الخليتين إلا أنها في الواقع تربط ما بينهما كيميائيا حيث إن الرسائل «الإشارات العصبية» تنتقل خلال المشبك بين الخليتين بواسطة مواد كيميائية تسمى الناقلات العصبي، ومن أمثلتها السيروتونين، الدوبامين، الأدرينالين؛ النور أدرينالين والأستيل كولين ... إلخ، وزيادة أو نقص هذه الناقلات العصبية في المخ يؤدي إلى اضطراب الوظائف النفسية للإنسان في حين أن إعادة ضبط تركيزها وإيجاد التوازن المناسب فيما بينها يعيد الإنسان إلى اتزانه في سلوكه وسعادته في حياته ! (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢، ص٣٤-٣٥).

الخلايا العصبية

وإذا أردنا أن نأخذ تصورا لشكل الخلية العصبية الواحدة فإنها خلية تختلف عن بقية خلايا الجسم بكثرة ما لها من زوائد معظمها صغير أو قصير ويسمى بالزوائد أو التفريعات الشجرية Dendrites وواحد منها

طويل يسمى بالمحور العصبي Neuronal Axon، وتعتبر الخلية العصبية من أكثر الخلايا نشاطا في اتصالها بالخلايا الأخرى فإذا اعتبرنا، اعتبارا تقديريا، أن عدد الخلايا العصبية الموجودة في المخ البشري يصل إلى مائة بليون خلية عصبية، وإذا تخيلنا أن كل خلية عصبية يمكن أن تكون لها مشابك عصبية Synapses مع ما قد يصل إلى ألف خلية عصبية أخرى، فإن عددا مثل مائة تريليون مشبك عصبي في المخ قد يكون أقل من الحقيقة بكثير! وإذا أضفنا إلى ذلك أن الخلية العصبية الواحدة يمكن أن تفرز أكثر من نوع واحد من الناقلات العصبية في المشبك العصبي ولكل من هذه الناقلات العصبية وظيفة مختلفة على الخلية المستقبلة للإشارة العصبية فإننا نستطيع تخيل مدى التعقيد الذي تتميز به طريقة عمل المخ البشري.

أما عن الطريقة التي يتم بها انتقال الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى فهي بصورة مبسطة مرور الإشارة العصبية في شكل تغيرات متتابعة في فرق الجهد الكهربي من الخلية العصبية الأولى أي الخلية القبل مشبكية، أو «القبمشبكية» كما سنسميها فيما بعد (Presynaptic Neuron) عبر محورها العصبي إلى أن يصل إلى آخر هذا المحور حيث تتجمع بعض الحويصلات المشبكية Synaptic Vesicles والتي تحتوي على الناقل العصبي المعين الذي تفرزه هذه الخلية العصبية وعندما تصل الإشارة العصبية إلى هذا المكان يتم إفراز هذه الناقلات العصبية في الفلج المشبكي Synaptic Cleft حيث تبدأ عملها وذلك من خلال تأثيرها على المستقبلات المتخصصة Specific Receptors الموجودة على جدار الخلية العصبية البعد مشبكية أو «البعمشبكية» كما سنسميها فيما بعد (Postsynaptic Neuron) فتسبب تغيرا في فرق الجهد الكهربي من خلال عملها على غشاء هذه الخلية مما يتسبب في مرور الإشارة العصبية من جسم الخلية البعمشبكية عبر محورها العصبي إلى خلية أخرى ويبين السهم الأسود في (الشكل ٢) اتجاه مرور الإشارة العصبية، كما يبين بعض الخلايا التي تحتضن الأعصاب وتحيط بها، وتنسق أداءها بشكل يحث كل مسلم على أن يقول سبحان من أبدع!



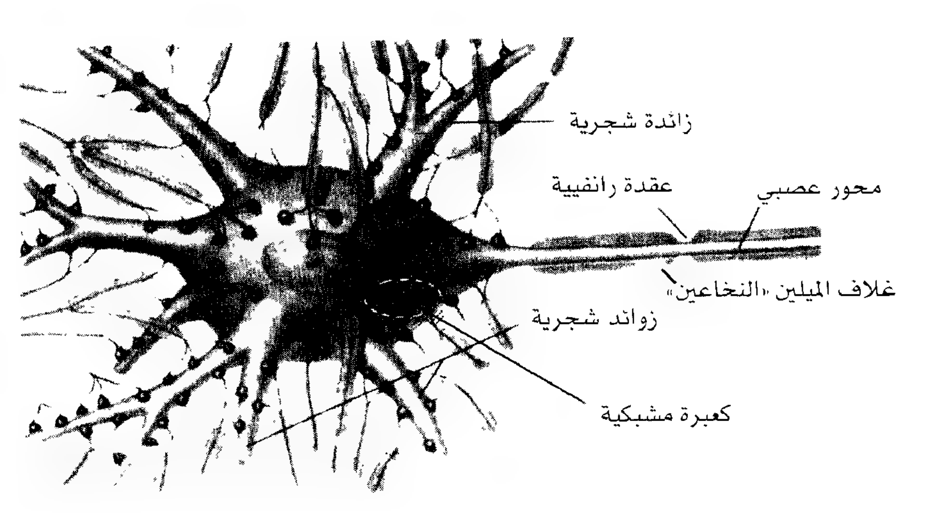
الشكل (٢)

وبعد أن يتم نقل الإشارة العصبية عبر الفلج المشبكي كيميائيا من خلال الناقلات العصبية يصبح على الجهاز العصبي التخلص من هذه الناقلات العصبية التي أدت عملها ويتم ذلك من خلال طريقتين؛ أما الأولى: فهي أن الخلية القبمشبكية تقوم باسترجاع ما أفرزته من ناقلات عصبية ليتم تخزينه في الحويصلات المشبكية Synaptic Vesicles مرة آخرى وليستخدم بعد ذلك في نقل إشارات عصبية أخرى؛ وأما الطريقة الثانية: فهي أن تقوم إنزيمات معينة بتكسير الناقل العصبي في مكانه في

الفلج المشبكي Synaptic Cleft ومن هذا الإنزيم أمثلة عديدة ولكن أهمها هو الإنزيم المؤكسد لواحدات الأمين Monoamine Oxidase، وبالتالي يصبح على الطبيب النفسي، إذا أراد أن يزيد من تركيز ناقل عصبي معين في الفلج المشبكي، أن يسير في أحد طريقين: الأول، أن يستخدم عقارا يثبط استرجاع الناقلات العصبية من الفلج المشبكي إلى الخلية القبمشبكية، أي واحدا من العقاقير التي تسمى مثبطات استرجاع الأمينات الواحدية، ومن هذه كل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة والكثير من مضادات الاكتئاب الحديثة، وأما الطريق الثاني، فهو أن يستخدم عقارا من مثبطات الإنزيم المؤكسد لأحاديات الأمين "Monoamin Oxidasee Inhibitor "MAOI فيمنعُ أو يقلل بالتالي من تكسير الناقلات العصبية والتي تبقى كنتيجة لذلك لفترة أطول في الفلج المشبكي.

ويبين (الشكل ٣) رسما مبسطا يكاد يكون قريبا من الواقع يظهر فيه جسم الخلية العصبية (اليعصوب) وما يحيط به من تفريعات شجيرية متعددة ومن محور عصبي غالبا ما يكون واحدا، كما يتضح في الشكل ذلك العدد الكبير من الكعبرات المشبكية Synaptic Knobs الموجودة على غشاء جسم اليعصوب وغشاء الزوائد الشجرية، وكل واحدة من هذه الكعبرات المشبكية في الواقع تمثل مشبكا عصبيا Neuronal Synapse، وبعض هذه المشابك تكون الخلية العصبية فيها مستقبلة للإشارة العصبية القادمة من خلية عصبية أخرى عبر تفريعاتها الشجرية أو محورها العصبي، وبعضها تكون الخلية الموضحة في الشكل هي التي ترسل إشاراتها العصبية من خلاله.

وأما الجزء الأسفل من الرسم في (الشكل ٣) فيبين رسما توضيحيا لتشريح واحدة من الكعبرات المشبكية Synaptic Knobs حيث تظهر نهاية المحور العصبي للخلية القبمشبكية Presynaptic Neuron، والذي يحتوي على العديد من الحويصلات المشبكية Synaptic Vesicles والتي تحتوي على الناقلات العصبية التي يتم إفرازها عند وصول الإشارة العصبية Nerve Impulse ، ويظهر الفلج المشبكي Synaptic Cleft الذي تخرج إليه الناقلات العصبية لتعمل على مستقبلات متخصصة Specific Receptors موجودة على غشاء الخلية البعمشبكية Postsynaptic Neuron ، كما يظهر في الرسم وجود



تشريح الكعبرة المشبكية

(Netter, 1989)

نهاية المحور العصبي

الحبيبات الخيطية

Glial process ناتئ دبقي

الحويصلات المشبكية

Synaptic Cleft الفلج المشبكي

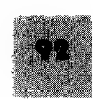
الغشاء القبل مشبكي

الغشاء البعد مشبكي

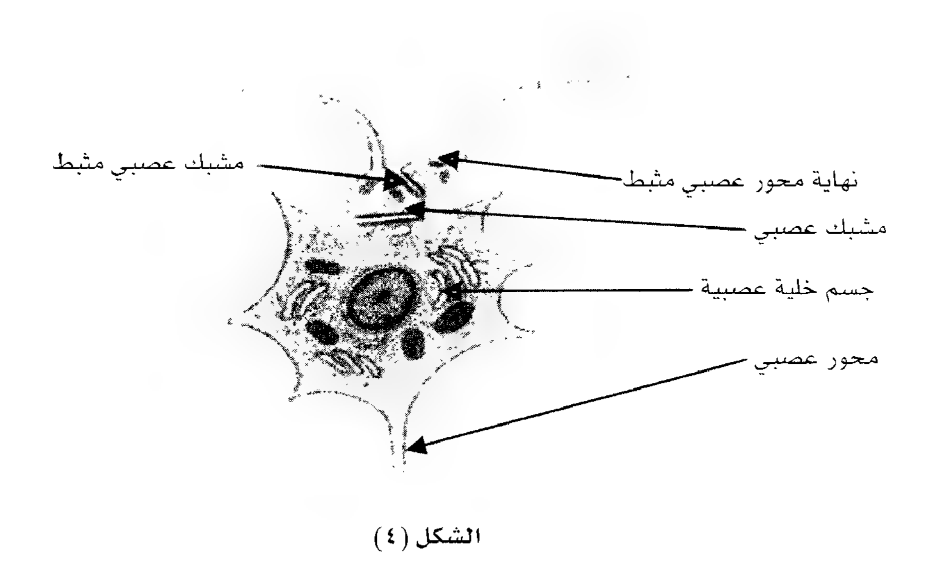
الخلية البعمشكية

الحبيبات الخيطية

الشكل (٣): جسم خلية عصبية (يعصوب)



العديد من الحبيبات الخيطية Mitochondria والتي تعتبر بيت الطاقة للخلية الحية؛ كما تظهر النواتئ الدبقية Glial Proceses والتي تحتضن نهاية المحور العصبي وتحيط به في منطقة المشبك العصبي، وهناك نوع من المشابك العصبية يوجد على نهاية المحور العصبي ويختص بتثبيط كمية الناقل العصبي المفرز والحد بالتالي من الاستثارة العصبية للمشبك العصبي الذي يليه كما يتضح من (الشكل ٤):



الشكل (٤)

السيروتونين «وما أدراك ما السيروتونين!»

أما الناقل العصبي السيروتونين، فرغم أنه يستحق ـ من أي كتاب عن اضطراب الوسواس القهري ـ أن يفرد له فصلا خاصا به، إلا أنني سأكتفي باعطاء مختصر عن أماكن وجوده في الجسم البشري وعن أماكن إفرازه في الدماغ وعن المستقبلات الخاصة به التي تتطور معرفتنا بها يوما بعد يوم، ولعل ذلك هو السبب في أنني سأكتفي بمختصَر لآخر ما وصلنا إليه من معلومات لأنها عند طبع الكتاب قد تكون بالفعل تغيرت وظهرت أشياء جديدة متعلقة بمستقبلات السيروتونين والعقاقير التي تعمل عليها:

يوجد السيروتونين في جسم الإنسان في دمه في الصفائح الدموية وفي جهازه الهضمي حيث ينظم حركة الألياف العضلية، كما يوجد في الجهاز العصبي وتمثل نسبة السيروتونين الموجودة داخل الجهاز العصبي من ١٪ إلى٢ ٪ من الكمية الموجودة في الجسم البشري (Bradley . 1989) ، وهذه النسبة الضئيلة الموجودة في الجهاز العصبي تصنع داخل الجهاز العصبي، أي داخل الخلية العصبية نفسها وذلك لأن مادة السيروتونين ذاتها لا تستطيع عبور الحائل الدموي الدماغي Blood Brain Barrier ، أي أن السيروتونين الموجود في الدم لا يعبر من الدم إلى داخل الجهاز العصبي، كما أظهرت دراسات عديدة (Fuxe . 1968) أن المصدر الرئيسي للسيروتونين في المخ هو النوى الرفائية Raphe Nuclei وبصورة خاصة النواة الرفائية الظهرية Dorsal Raphe Nucleus والرفائية الوسطى Median Raphe Nucleus وتوجد النوى الرفائية في ساق الدماغ Brain Stem (Okasha . 1994). ومن هذه المصادر تتفرع عدة طرق عبر المحاور العصبية المختلفة إلى المهاد Thalamus وما تحت المهاد (أو الوطاء) Hypothalamus ، وإلى النوى القاعدية Basal Ganglia والنواة اللوزية Nucleus Amygdaloid والقشرة الكمثرية Piriform Cortex ومناطق أخرى من القشرة المخية Cerebral Cortex ، كما أن هناك محاور عصبية أخرى تحمل السيروتونين إلى النوى الموجودة في النخاع الشوكي Spinal Cord حيث تتحكم في الشعور بالألم.

ويعتقد أن للسيروتونين الموجود في الجهاز العصبي دورا في الحالة المزاجية للإنسان، وفي كيفية إحساسه وإدراكه للألم، وله كذلك علاقة بالساعة البيولوجية الموجودة داخل كل إنسان منا أو ما يسمى بالنظم اليومي Circadian Rhythm وكذلك دورة النوم والاستيقاظ Sleep Wake Cycle والتحكم في الأكل والشهية وكذلك درجة حرارة الجسم البشري ونشاطه الحركي.

ويحتوي كل جرام من الجسم الصنوبري Pineal Body على كمية من السيروتونين تعادل خمسين مرة تقريبا ما يحتويه باقي المخ البشري، كما يحتوي الجسم الصنوبري على كل الإنزيمات المطلوبة لتخليق السيروتونين، والسيروتونين يستخدمه الجسم الصنوبري في تصنيع مادة الميلاتونين التي يختص الجسم الصنوبري بإفرازها، ويتعرض كل من السيروتونين

والميلاتونين بالطبع لتغيرات في مستويات تركيزهما حسب النظم اليومي Circadian Rhythm ، بحيث يكون نشاط السيروتونين أعلى ما يكون خلال فترات الصحو النشيط والانتباه وأقل ما يكون خلال فترات الصحو الهادئ، ويكاد ينعدم خلال فترات نوم حركة العين السريعة Rapid Eye Movement Sleep.

وأما مستقبلات السيروتونين والتي توجد على جدار الخلية العصبية التي تستقبل الإشارة العصبية بعد مرورها عبر المحور العصبي فيمسك بها السيروتونين المفرز في الفلج المشبكي، ويبدأ تأثيره فيها وفي الخلية التي توجد هذه المستقبلات على جدارها فيسبب تغيرا في وظيفة الخلية المستقبلة تلك. هذه المستقبلات السيروتونينية متعددة الأنواع ومن كل نوع منها عدة أصناف ولكل منها وظيفة خاصة به، لكنه يشترك مع الكل في أنه واحد من مستقبلات السيروتونين وربما تعتمد نوعية الوظيفة الخاصة تلك على مكان وجود المستقبلة نفسها فمثلا إذا كانت على جدار الخلية العصبية القبمشبكية تكون له وظيفة مثبطة لإفراز السيروتونين من الخلية القبمشبكية التي تفرزه، وإذا كانت على جدار الخلية العصبية البعمشبكية فإنها تفتح كلها أحضانها للسيروتونين وتستثير في الخلية البعمشبكية أشياء متشابهة، ثم تفعل أيضا ما يميز كل صنف منها عن غيره.. وقد اكتشفت حتى الآن سبع عائلات من مستقبلات السيروتونين ومن كل منها خمسة أصناف على الأقل معظمها على الخلية البعمشبكية وبعضها على الخلية القبمشبكية (Fuller, 1990) و(Foye etal,1995) و(Watling, 1998)، وهذه العائلات حسب التسمية الإنجليزية هي: «HT1, 5-HT2, 5-HT3, 5-HT4, 5-HT5, 5-HT6, 5-HT7» اختصارا للاسم الكيميائي للسيروتونين وهو هيدروكسي تريبتامين ـ٥ hydroxy tryptamine-5 . وأستطيع أن أنحت اختصارا عربيا أيضا هو«٥ ـ هت ١ و٥ ـ هت٢ و٥ ـ هت ٣... وأما الأصناف من كل عائلة فيكون اختصارها» ٥ـ هت١أ و٥ ـ هت١ب، وهكذا «وكل هذه العائلات تعمل من خلال تأثيرها على بروتين في الخلية يسمى بروتين جي G Protein ما عدا عائلة واحدة من هذه العائلات هي «5 ـ هت 3» التي تعمل من خلال ارتباطها بالأيونات Ligand Gated Ion Channel، ولا أريد الخوض في تفاصيل قد لا تهم القارئ العربي الآن، لكن المؤكد أن العديد من مستقبلات السيروتونين سيكتشف في الأعوام القليلة القادمة

إضافة إلى اكتشاف طرق جديدة لعملها وكيفية إحداثها للتأثير داخل الخلية، خاصة أن كل ما حدث من تقدم حتى الآن في علم الأدوية النفسية لم يتعد حدود المشابك العصبية وجدران الخلايا العصبية، بينما عالم من الممكنات والاحتمالات البيولوجية يوجد داخل الخلية العصبية لا يزال العلم على أبوابه (Hyman & Nestler , 1993).

وهكذا نكون قد شرحنا هذا الأمر بشكل مبسط قدر الإمكان، وشرحه مهم لأن التفكير في المرض النفسي مختلف عن التفكير في معظم أنواع الأمراض الطبية الأخرى. فنحن مقارنة بالعلوم الطبية الأخرى يتأثر تفكيرنا إلى حد بعيد بفهم كيف يعمل الدواء النفسي؟ وبما أن الأدوية تعمل أكثر عملها حسب فهمنا العلمي المعاصر من خلال ما تحدثه من تأثيرات في البيئة الكيميائية للمخ البشري ينتج عنه تحسن لا جدال فيه في حالة المريض، فإن الأمر كان لابد أن يستدعي مني محاولة الخوض في كتابة ما يشبه علم الفسلجة النفسية Psychophysiology.

وعلم الفسلجة النفسية Psychophysiology هذا بقدر ما هو علم أعظم من أن ينتقد يحتاج الإنسان المسلم إلى التعامل معه بشكل يختلف عن تعامل الآخرين، لأن نهاية هذا الطريق وطريق آخر متصل به هو طريق علم الأدوية النفسية أو السيكوفارماكولوجي Psychopharmacology الغربي هي أن النفس لا وجود لها وأن العقل لا وجود له إلا باعتبارهما تعبيرا عن كيمياء المخ: وليس من الممكن أن نقبل تفسيرا كيميائيا لكل أشكال وأنواع السلوك البشري بما فيها من انحرافات، لأن هذه المقولة الغربية بدأت بأن الإنسان هو سيد الكون أي سيد الطبيعة، ثم انتقلت إلى أن الإنسان جزء من الطبيعة غير منفصل عنها ! وتسري عليه بالتالي القوانين نفسها التي تسري على الطبيعة /المادة فيصبح الإنسان هو الإنسان الطبيعي المادي الذي تحكمه المادة التي تحكم الطبيعة التي هو جزء لا يتجزأ منها (عبد الوهاب المسيري، ١٩٩٧)، وهي بالتالي تبحث عن وجوه الشبه بين الإنسان والطبيعة المادة وتثبتها بكل طريقة ممكنة وتتجاهل أوجه تفرد الإنسان وسموه عن الطبيعة / المادة.

وأما وجهة النظر الإسلامية فهي أن الإنسان سيد الكون، لكن لأن الله سبحانه وتعالى استخلفه في الأرض، ولكن الله لم يجعله جزءا من الطبيعة/المادة غير منفصل عنها، كما يذهب الفكر الغربي، فالإنسان كما

يقول المسيري (عبد الوهاب المسيري، ٢٠٠١): «هو الكائن الوحيد الذي يبحث عن الغرض من وجوده في الكون، وهو الكائن الذي لا يرضى بسطح الأشياء، وإنما يطور المعاني الداخلية والرموز واللغة الحية، فرغم أن ثمة إنسانية مشتركة تجمع بين أفراد الجنس البشري إلا أن الإنسان لا يخضع لبرنامج بيولوجي وراثي واحد عالمي (مثل بقية الكائنات)، فثمة هويات ثقافية مختلفة، وإرادات جمعية وفردية مستقلة، وهو الكائن القادر على إعادة صياغة ذاته وبيئته حسب وعيه الأخلاقي الحر، وهو الكائن القادر على ارتكاب الخطيئة والذنوب وقادر على التوبة والعودة، وهو قادر على البهيمية والملائكية وعلى النبل والخساسة، فممارساته ليست انعكاسا بسيطا أو مركبا لقوانين الطبيعة/المادة، فهو مختلف كيفيا وجوهريا عن الظواهر الطبيعية، بل ويشكل ثغرة معرفية كبرى في النسق الطبيعي المادي، فهو ليس جزءا لا يتجزأ من الطبيعة، وإنما هو جزء يتجزأ منها، يوجد فيها ويعيش عليها ويتصل بها وينفصل عنها. قد يقترب منها ويشاركها بعض السمات، ولكنه لا يرد في كليته إليها بأي حال، فهو دائما قادر على تجاوزها، وهو لهذا مركز الكون وسيد المخلوقات».

أقدم كل هذا التقديم لأبين نقطة مهمة جدا هي أن شيئا لا يثبت أن التغيرات الكيميائية التي تحدث في مخ المريض هي السبب الوحيد لحدوث المرض؛ ومن الممكن أن تكون واحدة من ظواهره، فكما يختلف السلوك تختلف الكيمياء؛ أي أن التغير الكيميائي في وصلات المخ العصبية هو واحد من التغيرات التي تطرأ على الإنسان إذا مرض، وليست بالضرورة السبب في المرض. صحيح أنها قد تكون كذلك، ولكنه صحيح أيضا أنها قد لا تكون، وكثير من الظواهر قدم العلم الحديث لها تفاسير وأثبتها بالتجارب، ثم اتضح بعد اطراد تقدم العلم نفسه أن تفاسيره الأولى كانت قاصرة، لأن أدواته نفسها كانت قاصرة، وليس في ذلك عيب، وإنما العيب هو أن نقدس النتائج العلمية ونعتبرها نهائية ! أو أن نهملها لأنها غير مؤكدة، لأن قدر الإنسان أن يستقرئ الظواهر وهو موقن بأن لقدراته حدودا لا أن يغتر بقدرته، ولا أن يعزف عن استخدامها. وما أظن الغرب (أو بالأحرى شركات الدواء) إلا على قدر كبير من الغرور بقدرته، ولا أظننا إلا عازفين عن استخدام قدراتنا.

فإذا رجعت إلى اضطراب الوسواس القهري الذي أتكلم عنه فإنني ـ كطبيب نفسي ـ أعرف أن تغيرا في مادة السيروتونين Serotonin وهي واحدة من أهم الناقلات العصبية في المخ البشري يحدث في ذلك الاضطراب، ولكنه لا يحدث فقط في اضطراب الوسواس القهري، بل يحدث في الكثير غيره من الأمراض النفسية ولعل من أهمها الاكتئاب؛ وأعرف أيضا أن الأدوية التي تزيد من تركيز السيروتونين في المشابك أو الوصلات العصبية بين الخلايا في المخ تؤدي إلى تحسن حالة المريض بشكل لا يقبل الجدل، كما أعرف أيضا أن عكس ذلك صحيح؛ أي أن الأدوية التي تقلل من تركيز السيروتونين في المشابك أو الوصلات العصبية بين الخلايا في المخ تؤدي إلى ظهور الوساوس والأفعال القهرية في الإنسان الذي لم تكن لديه وساوس من قبل. أي أن الثابت العلمي المعاصر يقول: إن نقص السيروتونين في مناطق معينة من المخ يسبب أعراض الوسواس القهري، وزيادته تقلل أو تذهب أعراض الوسواس القهري، وهناك مئات من التجارب العلمية وآلاف من الشواهد الطبنفسية السريرية تؤكد ذلك.

لكن كل ذلك لا يعني أن هذا هو السبب. خاصة أن الناقل العصبي السيروتونين قد اتضح أنه متهم بالتسبب في اضطرابات نفسية أخرى عديدة وليس فقط في الوسواس. ومعروف أنه حتى الآن لا يوجد دواء من الأدوية التي نسميها مضادات الوسوسة Antiobsessional Drugs إلا وهو في الوقت ذاته مضاد للاكتئاب أيضا. فكل مضادات الوسوسة هي مضادات اكتئاب، ولكن ليست كل مضادات الاكتئاب مضادات وسوسة. وهذا وغيره من الحقائق العلمية التي وصلنا إليها بعد اكتشاف أدوية الفصام الحديثة، التي تتمثل حداثتها في أنها تضاد تأثير السيروتونين، كما تضاد تأثير الناقل العصبي المسمى بالدوبامين. وقد كان اضطراب الفصام لفترة طويلة هو اضطراب دوبامين فقط، لأن الأدوية التي كانت تعمل عليه كانت مضادات دوبامين فقط أو هذا ما كنا نعرفه عنها. والسيروتونين كذلك متهم في كثير من الاضطرابات النفسية الأخرى التي لا يتسع المجال هنا لذكرها. المهم أن في ذلك كله ما يبين للطبيب النفسي المتابع لما يجري في حدود مهنته فقط. أن اضطراب السيروتونين محطة من المحطات في الاكتئاب ومحطة من المحطات في الفصام ومحطة من المحطات في اضطرابات الأكل وفي اضطراب توهم

التشوه الجسدي وفي اضطراب اختلال الإنية وفي اضطرابات القلق كلها وفي اضطرابات التحكم في الاندفاعات وفي اضطرابات النوم وفي اضطرابات الجنس وفي كل شيء تقريبا، أي أنه محطة من محطات اضطراب القدرات النفسية للإنسان، ولكن ليس كل شيء في قدرة واحدة من القدرات، لأن الأمور الإنسانية لا يمكن أن تكون بهذه البساطة.

ويتخذ رأيي هذا أهمية خاصة إذا انتبهنا إلى مصالح شركات الدواء، وإلى أن الدواء قابل للتصدير لكل أنحاء العالم ويعمل عمله الكيميائي في كل البشر، بينما طرق العلاج النفسي التي نشأت أصلا في الغرب لا تصلح إلا فيه، لأنها مرتبطة بثقافات شعوبه فضلا عن كونها أكثر تكلفة من الدواء بالطبع: فتكون نتيجة ذلك هي الحادث الآن من لجوء معظم الأطباء النفسيين في العالم العربي والإسلامي إلى استخدام الدواء في كل حالات المرض النفسي، لأنه الطريق الأسهل والأسرع ولا يحتاج أحد إلى أن يجهد نفسه في إبداع طريقة علاج نفسي تصلح لنا كمجتمع له خصوصيته.

ومن المهم هنا أن أؤكد أنني لا أتخذ موقفا معاديا لاستخدام العقاقير في علاج الأمراض النفسية، وذلك لأن للعقاقير في معظم الأحيان فضلا لا يستطيع عاقل إنكاره، ولكن ما أريد التوجيه إليه هو أننا يجب ألا نخدع أنفسنا بفكرة أنه مادمنا قد وجدنا العقار الذي يساهم في تحسين حالة المريض فإننا نكون قد اكتشفنا سبب المرض، ونقبل ما يستمد من ذلك من استنتاجات أيا كانت قاصرة أو متنافية مع إيماننا بسمو الإنسان عما دونه من مخلوقات.

وأختتم هذا الفصل بالتعليق التالي للدكتور الرخاوي (يحيى الرخاوي، ١٩٩٤) والذي استهل به مقالا بعنوان «مراجعة الاستعمال الطويل المدى للعقاقير النفسية»: يقول عنه إنه ليس ترجمة لمقال كتبه قبل أربع عشرة سنة باللغة الإنجليزية (Rakhawy , 1980) بل هي كتابة عربية موازية ولاحقة لذلك المقال: «إن الجانب العلاجي لما يسمى النموذج الطبي، الذي يطيب لأغلب الأطباء النفسيين الانتماء إليه، لا ينبغي أن يقتصر على ما يشبه جبر الكسور، ولكنه ينبغي أن يمتد إلى القياس على كيفية علاج اضطراب انتظام ضربات القلب مثلا. إن علاج الأمراض النفسية يرتبط - رضينا أم لم نرض - بالمفهوم الذي يتصوره أو يعتقده الطبيب المعالج لما هو

إنسان، وسواء عرف الطبيب النفسي موقفه من هذه القضية أم لا فإن الأمر يستوي، بل إنه قد يكون أكثر تأثيرا في موقفه العلاجي لو أنه لم يعرف موقفه من مفهوم ما هو «إنسان»، فلو أن الإنسان كان عند البعض ليس إلا آلة تفسد فتحتاج إلى إصلاح وصيانة بين الحين والحين، فإن موقفه سوف يكون القيام بالصيانة اللازمة، وربما إحلال بعض قطع الغيار كلما لزم الأمر، ولكن إذا كان الإنسان هو كيانا بيولوجيا وجوديا معا، فإن العلاج بالدواء لا يمكن اعتباره كافيا». ويقول الرخاوي في تعقيب صغير في نهاية المقال: «لم يحدث طوال أربعة عشر عاما ما يجعلني أعدل عن هذا الفرض الباكر الذي نشر في الثمانينيات».



2 نظرة عامة إلى اضطراب الوسواس القهري

تكلمنا في الفصل السابق عن أعراض الوسواس القهري وتناولناها عرضا عرضا، ثم عرضنا التصور النفسي لعلاقة تلك الأعراض بعضها ببعض. ونلقي في هذا الفصل نظرة مجملة على الاضطراب النفسي الذي تظهر فيه تلك الأعراض (الأفكار التسلطية والأفعال القهرية) وتتفاعل في ما بينها، ومع شخصية ومعطيات حياة المريض بصورة أو بأخرى. كما نعرض لما لدينا من معلومات عن تاريخ اضطراب الوسواس القهري. وعن استعمالات كلمة موسوس عند الناطقين بالعربية، وعن حجم المشكلة التي يمثلها هذا الاضطراب في عالمنا العربي. ثم نعرض التواريخ المرضية التي تبين مسار الاضطراب المرضي الطويل. ثم نورد في آخر الفصل عرضا موجزا لمحاولات تقسيم هذا الاضطراب إلى عدة أنواع.

«إن استعداد البشر لاعتبار الوسواس القهري متعلقا بالدين واضح في تاريخ الفكر الإنساني»

المؤلف

تاريخ اضطراب الوسواس القهري

إذا سألت متى ورد ذكر الوسواس القهري لأول مرة في الطب النفسي؟ يجيبك المرجع الغربي الكبير (الإنترنت والكتب والمراجع

الطبنفسية والدوريات العلمية بكل اللغات وكل أساتذة الطب النفسي وأساتذة علم النفس.. نعم هذا هو المرجع الغربي الكبير الذي قصدته) بأنه الألماني كارل فيستفال Carl Westphal سنة ١٨٧٨؛ وإذا كان المعجم الموسوعي في علم النفس (وجيه أسعد، ٢٠٠١) يرجع الفضل في إدخال مصطلح الوسواس إلى الطب النفسي لأول مرة في التاريخ إلى ج. فالره (١٨٦٦) في دراسته: «الهذيان المزمن المنظم ذي الآلية التفسيرية» Folie Reisonnante على أساس أن فيستفال استخدم لفظا ألمانيا يعني الامتثال القاسر Zwangsvorstellung، فلعل تفسير ذلك الاختلاف هو أن الكلام الفرانكفوني مختلف بعض الشيء عن الكلام الإنجليزي والأمريكي.

إذا بحثت في التاريخ الذي يقدمه المرجع الغربي الكبير نفسه تجد من يحكي لك عن الفراعنة (سليم حسن، ١٩٩٢) حكاية الكاهن المصري القديم حقا نخت الذي كان يكتب رسائل لابنه يعد ويحصر فيها كل شيء حتى حبات القمح وحبات الشعير التي تنتجها حقوله، وتجد من يحكي لك عن السيدة ماكبث بطلة مسرحية شكسبير من القرن السابع عشر، حيث كانت تعاني من بعض الأفعال القهرية (Jenike, 1998) وكأن أحداثا لم تقع ما بين زمان الفراعنة وبين زمان شكسبير ثم يحكون لك عن إيسكرول (Esquirol, 1838) ثم عن موريل Moorel عام ١٨٦١ الذي كان أول من سمى المرض في الغرب باسمه الحالي: أوبزيشان Obsession ثم إيبنج عام ١٨٦٧ وجريسنجر عام١٨٧٠ ويليه بعد ذلك كارل فيستفال الذي يعتبر أول من وصف المرض بدقة على أنه من اضطرابات التفكير وليس المشاعر كما كان يظن إيبنج وغيره (Laughlin, 1967) و(Asberg, 1991)؛ ومعنى ذلك آن الغربيين يرون أنه لم يكن هناك طوال فترة الحضارة الإسلامية من تكلم في الوسواس: فمع أن عمر الوسواس القهري ربما يكون في طول عمر الكائن البشري منذ ظهر على وجه الأرض (Lewis, 1936) إلا أن المسلمين حسب التأريخ الغربي لم يتكلموا عنه، ولا أدري في الحقيقة هل ذلك جهل من الغربيين أم هو أمر متعمد؟ لكنني سأعرض خلال هذه النظرة العامة بعض القليل من الكثير من تراثنا العربي في الوسواس لعلني أبين جزءا من الحقائق الغائبة: فالطب النفسي لم يبدأ خلال فترة الحضارة الغربية على أساس أنه أحد إفرازاتها ومن يقرأ للغزالي أو لأبي زيد البلخي أو لابن القيم أو للشعراني أو

لابن قدامة الذي كتب رسالة في ذم الموسوسين، سيعرف أن للإسلام وللمسلمين باعا طويلا في علم النفس وفي الطب النفسي والعلاج النفسي السلوكي والمعرفي، ولقد كتب عدد من العلماء في الوسواس مثل الإمام الجويني في كتابه «التبصرة في الوسوسة» والإمام النووي في «المجموع شرح المهذب» وأبو حامد الغزالي في كتابه «إحياء علوم الدين» والإمام ابن الجوزي في كتابه «تلبيس إبليس» وكذلك الإمام ابن القيم في كتابه «إغاثة اللهفان من مصايد الشيطان».

وإذا كان علماء المسلمين الأوائل قد ردوا معظم حالات الوسواس القهري إلى الشيطان وربطوه بالدين: فإننا إذا أردنا أن نحق الحق فإن استعداد البشر جميعا لاعتبار الوسواس القهري متعلقا بالدين واضح في تاريخ الفكر الإنساني الخاص بالطب النفسي على اختلاف الثقافات شرقية كانت أو غربية، فمن يبحث في تاريخ مفهوم الوسواس القهري يجد عند العرب من علماء المسلمين من يرده إلى الشيطان أو إلى الجنون فهو « يحدث بسبب نقص في غريزة العقل أو جهل بمسالك الشريعة» كما يقول الإمام الجويني في «التبصرة في الوسوسة»: ولكن الإنجليز بعد ذلك (منذ ثلاثمائة عام فقط) ردوه في شروحهم التاريخية لأسباب ونواح دينية كالإحساس بالذنب مثلا، وتكلموا عن علاقته بالميلانكولي أو الاكتئاب الشديد: بينما اهتم الفرنسيون في شروحهم التاريخية (منذ ثلاثمائة عام فقط أيضا) بأهمية فقدان الإرادة عند المريض الموسوس وعلاقة الوسوسة بالشك، وكلاهما مرتبطان بالدين بنحو أو بآخر: أما الألمان (منذ ثلاثمائة عام فقط أيضا) فقد اهتموا بلا منطقية الأفكار التسلطية والأفعال القهرية وربطوا الوسوسة بالجنون: أقصد من ذلك أن الربط بين الوسوسة والدين أو بين الوسوسة ونقص في غريزة العقل ليس بدعة فينا وإنما هو اتجاه ممكن للفكر الإنساني كنا أول من سار فيه ولم يسر أحد فيه بعدنا إلا من قرابة الثلاثمائة عام فقط.

الاستعمالات المختلفة لكلمة الوسواس عند الناطقين بالعربية

ذكرت في الفصل الأول معنى كلمة وسواس في القرآن الكريم وكذلك في المعاجم العربية، كما ذكرت معناها في الكتب الدينية القديمة، وبينت ما استطعت الاهتداء إليه من أسباب الاختلاط في استخدام كلمة وسواس، ولكن

الحقيقة التي ألمسها ويلمسها الكثيرون من العاملين في مجال الصحة النفسية والطب النفسي في بلادنا العربية هي أن هناك على مستوى الناس استعمالات أخرى لكلمة وسواس؛ فهناك من يستخدمونها لوصف العديد من الاضطرابات النفسية دون تحديد لمجرد أن فكرة ما غير مرغوب فيها أو إحساسا ما غير مرغوب فيه يوجد لدى الشخص ويسبب له نوعا من الضيق؛ ولكي يكون الكلام أوضح فإن كلمة موسوس تستخدم في كلام الناس بالمعاني التالية:

١- الوسواس = الشك: وقد يكون ذلك الشك متعلقا بالأفعال من ناحية إتمامها على الوجه الأكمل أو حتى من ناحية فعلها من عدمه ويربط الناس بين هذا النوع من الشك وبين الثقة بالنفس كذلك ويرون في الوسوسة هنا دليلا على عدم الثقة في النفس؛ أو قد يكون الشك متعلقا بنوايا الناس الذين يتعامل معهم الشخص من عائلته أو جيرانه أو زملائه في العمل؛ وقد يكون الشك متعلقا بإخلاص شريك الحياة زوجا كان أو زوجة مقابل خيانته: كل هذه الأنواع المتباينة من الأفكار والمشاعر التي لا يشترط أن تصل حدتها إلى حدة الوسواس القهري يسميها الناس وسواسا؛ أما النوع الأول فقد يكون متعلقا فعلا بالوسواس القهري أو باضطراب الشخصية القسرية أو بالشخصية القسرية العادية حسب شدته بالطبع، وأما النوعان الثاني والثالث فيتعلقان ببعد آخر غير البعد الوسواسي، فهو أقرب إلى البارانويا بحيث يمكن أن يكون متعلقا بالشخصية البارنويدية أي الشخص العادي ذي السمات الزورانية (البارانويدية) Paranoid Personality أو باضطراب الشخصية الزورانية (البارانويدية) Paranoid Personality Disorder أو بالاضطرابات الضلالية Delusional Disorders: وذلك أيضا حسب شدة ثبات هذه الطريقة في التفكير أو هذه الفكرة ويرجع الناس في تحليلهم هذا النوع من التفكير إلى عدم الثقة بالنفس.

ولعل للنوع الثالث المتعلق بالشك في إخلاص شريك الحياة خصوصية ترتبط بمجتمعنا العربي؛ لأن الغيرة على شريك الحياة هي النقطة التي يبدأ من عندها متصل فكري شعوري يبدأ من مجرد الغيرة المحمودة في التراث الإسلامي مرورا بالشك في إخلاص شريك الحياة، ودرجات هذا الشك المختلفة ووصولا في نهاية المتصل أو طرفه الآخر إلى اضطراب الغيرة الوهامية (الضلالية) Delusion of Jealousy or Delusion of Infidelity وذلك

أيضا حسب شدة ثبات هذه الطريقة في التفكير أو هذه الفكرة: فبينما تكون أفكار الغيرة عابرة عند البعض تكون شديدة عند البعض الآخر بشكل يجعل تصرفاتهم تشبه تصرفات مريض الوسواس القهري من ناحية تسلط الفكرة التي يدرك عدم صحتها عليه، ومن ناحية الأفعال التي يضطر لفعلها لكي يقلل من قلقه، وبعضها محرج وغير لائق مثل التفتيش في حاجيات الزوجة أو فتح الرسائل الموجهة لها وحتى التفتيش عن آثار السائل المنوي في ملابسها الداخلية بعد عودتها من خارج البيت أو بعد غياب الزوج عن البيت لفترة إن كانت الزوجة لا تخرج، ومن بين هؤلاء أيضا من تصل شدة اقتناعهم بالفكرة إلى حد الفكرة الوهامية، ومنهم من يتأرجح بين أفعال التهور والعدوان وبين مشاعر الندم على ما بدر منه تجاه زوجته وأم أولاده، ويصل الندم أحيانا إلى حدود الاكتئاب بل وتصل الحال بالبعض إلى محاولة الانتحار! وفي غالبية الحالات لا يعرف لا الزوج ولا المحيطون به، على رغم كل ما ذكرته أنا، أن ما يحدث هو مرض نفسي، وإذا عرف الزوج فإن من الصعب جدا في بلادنا إقناعه باللجوء إلى الطبيب النفسي، المهم أن معظم هذه الأفكار والمشاعر وإن شابه تصرفات الموسوسين وسماه الناس وسواسا إلا أنه بعيد إلى حد ما عن الاستعمال الطبي النفسي لكلمة وسواس، وعلى الرغم من ذلك أيضا فإن كثيرين من الذين يعانون من الغيرة المرضية هم مرضى باضطراب الوسواس القهري كما تبين الحالة التالية:

(٩) «الغيرة العمياء»

كان فائز (وهذا ليس اسمه الحقيقي) شابا في الخامسة والثلاثين من عمره، وظل يعاني منذ سني مراهقته أفكارا اقتحامية تتعلق بإيذاء نفسه أو الآخرين، كاندفاعات لأن يطعن نفسه أو غيره بالسكين كلما رأى سكينا، أو أن يقذف بنفسه من شرفة بيته كلما وقف فيها. كما عذبته أفكار اجترارية تعلقت بالعادة السرية والشك في تأثيرها على قدرته الجنسية. إضافة إلى صور اقتحامية جنسية المحتوى، وأفكار اقتحامية تتعلق بالسب والتجرؤ على الذات الإلهية، وكذلك بسب من يكن لهم كل احترام وتقدير من المحيطين به، ثم عانى لفترة من أفكار الشك التسلطية المتعلقة بالطهارة وصاحبتها الأفعال القهرية المتمثلة في تكرار الوضوء وفي تغيير الملابس كلما اضطر للتبول واقفا لسبب أو لآخر، المهم أنه في كل ذلك لم يلجأ إلى طبيب نفسي، وبعد زواجه بشهرين

فقط لجأ إلى الطبيب النفسي تحت ضغط زوجته وأهلها لأنه كان يغير غيرة عمياء كما وصفوها. فكان مجرد اهتمام زوجته بمتابعة كلمات أي رجل في أحد برامج التلفزيون يتسبب في معاناته الشديدة والتي تأخذ شكل الأفكار الاقتحامية والاجترارية المتعلقة بخيانة زوجته له، وكان مجرد نظرها إلى وجه أي من أقربائها الرجال يتسبب في شعوره بالضيق إلى حد الثورة، مما تسبب في عديد من المشاكل بينه وبين زوجته وهما لا يزالان في شهور الزواج الأولى، وعندما سأل الطبيب زوجته عن سبب عدم ملاحظتها لذلك أيام الخطبة تبين أن خطبتها تمت من خلال أبي فائز؛ لأن خطيبها يعمل في إحدى دول الخليج، وأن علاقتهما استمرت من خلال الدردشة على الإنترنت لمدة نصف سنة، وتزوجها بمجرد بدء إجازته الصيفية، وعندما تكلم معه الطبيب النفسي كان من بين ما قاله أن أحدا لا يستطيع تخيل مشاعره أبدا فالغيرة تعذبه، إنه لا يستطيع أن يتخيل أن زوجته يمكن أن تبتسم فيراها رجل آخر، ولا أن يستريح وقد أبدت إعجابها بإنجاز أي إنجاز أيا كان لرجل لآخر، وضرب مثلا برسائل الهاتف الخلوي (المحمول)، فهو رغم ابتعادهما بسبب ظروف عمله لا يقبل أبدا أن يرسل لها رسالة مكتوبة من خلال الهاتف الخلوي، لأن هذه الرسائل عادة ما تكون من إبداعات آخرين، مثلا أنا أحبك ومعها رسم للقلب، ماذا لو أن الرسم أعجب زوجته؟ بينما الرسم قام برسمه رجل آخر، ألا تكون زوجته قد أعجبت بما فعله ذلك الرجل الغريب، والكلام نفسه ينطبق على اللوحة المرسومة أو على قصة مقروءة بطلها رجل! «كل ذلك يسقطني في دوامة من الأفكار التي لا تنتهي ! أنا أعرف أنني مريض. وأسأل الله أن يعينك على مساعدتي!».

إذن فسلوك من يعاني من الغيرة المرضية قد يأخذ شكل الوسوسة، ومن الممكن أن يكون موسوسا ومن الممكن أن يكون ذهانيا، وأعتقد أنه لو أقبل بنفسه على الطبيب النفسي لكان أقرب إلى أن يكون مريضا باضطراب الوسواس القهري، لأن مرضى حالات الغيرة الوهامية غالبا ما يرفضون العرض على الطبيب النفسي لأنهم لا يعترفون بأن ما هم فيه أصلا علامة على المرض، وقد تحسنت حالة فائز هذا بشكل كبير على أحد عقاقير علاج الوسواس القهري، والتداخل نفسه ما بين مشاعر وسلوكيات الغيرة المرضية وبين اضطراب الوسواس القهري سنلاحظه في حالة أخرى في الفصل التاسع هي حالة لمياء «الغيرة والحقد وفرط التشتت».

٢ - الوسواس = الخوف الزائد على الصحة: وكذلك توهم المرض وسرعة اللجوء إلى الطبيب العام أو المختص لمجرد وجود عرض بسيط عابر فعلى رغم أن كل ذلك يعبر عنه الناس بأنه وسوسة أو وسواس، إلا أن الأمر يمكن أن يتعلق إما بالقلق العادي المصحوب بخوف على الصحة Hypochondriacal Fears والذي تكفي فيه طمأنة الشخص لمرة واحدة على أنه ليس هناك ما يستدعي الخوف على صحته أو قد يتعلق بالاضطراب المراقي أو اضطراب توهم العلل البدنية من المستوى العصابي Hypochondriasis الذي يقتنع به المريض عندما يطمئنه الطبيب أو يبين له سلامته الجسدية من خلال الأبحاث والفحوص الطبية التي تثبت أنه سليم لكن هذا الاطمئنان لا يدوم إلا قليلا وينتقل المريض من طبيب إلى آخر ويبدو وكأنه يبحث عن خبر سيئ فيما يتعلق بصحته؛ وقد يتعلق الأمر أيضا باضطراب توهم العلل البدنية الضلالي Hypochondriacal Delusional Disorder الذي يصل فيه اقتناع المريض بأن لديه مرضا خطيرا إلى حدود الاعتقاد الراسخ الذي لا يفيد معه الإقناع أي أن الاضطراب يصبح اضطرابا ضلاليا لأن الفكرة فيه أصبحت فكرة ضلالية؛ كل هذه الحالات يصف فيها الشخص نفسه، كما يصفه الآخرون في مجتمعنا، بأنه يعاني من الوسواس وذلك بالطبع مختلف عن الاستعمال الطبي النفسي للكلمة.

٣ - الوسواس = التشدد في الدين: وهذا استعمال آخر ربما تكون له علاقة أيضا بالشخصية القسرية أو باضطراب الشخصية القسرية حيث يوجد من يشددون على أنفسهم في طقوسهم الدينية أو استعدادهم لأداء هذه الطقوس، والحقيقة أن نسبة غير معروفة من المسلمين يتصفون بهذه الصفة ويسميهم الناس موسوسين، ومن المهم أن أبين أن بعض هؤلاء فقط قد يقع تحت عباءة اضطراب الوسواس القهري أو اضطراب الشخصية القهرية لكن الوصف يستخدم كثيرا للتعبير عن شيء آخر هو التشدد في الدين وأحيانا في الفتوى، والحقيقة أن الإسلام الحق بريء من التشدد: وقد قام شيخ الإسلام موفق الدين بن قدامة المقدسي (٥٤١- ٦٢٠ هجرية) بكتابة رسالة في ذم الموسوسين (معتز السيد عبد الله، ١٩٩٦)، وصحيح أن بين من وصفهم الشيخ في رسالته تلك من يتشددون في الدين لأنهم أناس عاديون فيهم بعض سمات الشخصية القسرية Compulsive Personality Traits الطبيعية بل

والصحية أحيانا، وبينهم من يتشددون في الدين لأنهم أصحاب شخصية قسرية طبيعية أيضا Compulsive Personality، وبينهم من يتشددون في الدين لأنهم مرضى باضطراب الشخصية القسرية Compulsive Personality Disorder وهو مرض نفسي منتشر بين الناس، وبينهم أيضا من يتشددون في الدين ويوسوسون في أحكامه وفي فروضه ونوافله لا لشيء إلا لأنهم يعانون من اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder، ولكن الشيخ كان يواجه الموسوسين بكل ما هو متيسر من العلم في زمنه؛ وربما كانت قسوته على الموسوسين ناتجة عن ربطه الوسواس بالشيطان، ولعل في ذلك بعضا من أسباب الخلط الحادث في مجتمعاتنا بين ما هو مرض نفسي وما هو سمة من سمات الناس وما هو متعلق بالدين فقد وصف الشيخ الجليل في القرن السادس أو السابع الهجري وصفا دقيقا لحال الموسوسين وقام بالرد على حججهم بما يجب أن يرد به الطبيب النفسي المسلم حين يطبق مع مريضه العلاج المعرفي الإسلامي حتى اليوم، مع استثناء واحد لا لوم على الشيخ فيه لمناسبته لعلوم عصره الدنيوية، وهو نسبته جميع أنواع الوساوس إلى الشيطان، وإنما العيب في رأيي يقع على الذين يعيشون في أيامنا هذه ولا يعرفون أن الوسواس القهري شيء والوسواس الخناس شيء آخر، كما بينا من قبل، وكم يؤلم الموسوسين في مجتمعاتنا العربية اجتهاد بعض طلبة العلوم الدينية بالاستشهاد بالأحاديث التي تنهى عن التنطع والغلو في الدين في حق الموسوسين مثل قوله صلى الله عليه وسلم: «لا تشددوا على أنفسكم فيشدد الله عليكم فإن قوما شددوا على أنفسهم فتشدد الله عليهم فتلك بقاياهم في الصوامع والديار: رهبانية ابتدعوها ما كتبناها عليهم» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، ولو وقفنا مع كلمة واحدة من هذا الحديث (لا تشددوا) لربما بان لنا الفرق بين التشدد في الدين وبين اضطراب الوسواس القهري، فالتشدد هو الغلو والتنطع في الدين النابع من ذات الفرد وبإرادته وتقربا منه إلى الله، بل ويستنقص غيره ممن لا يفعلون فعله، مثلما كان من أولئك النفر الثلاثة الذين جاءوا إلى النبي صلى الله عليه وسلم فقال أحدهم إنه يصوم ولا يفطر وقال الآخر أنه يصلي ولا ينام وقال الثالث بأنه لا يتزوج النساء فأنكر عليهم النبي صلى الله عليه وسلم ذلك؛ أما الموسوس فأمره مختلف تماما، فهو يشكو لكل أحد من وسواسه، ويتألم منه، ويستفتي أهل العلم

الديني في حاله، ويتردد على الأطباء، ويدعو الله أن يخلصه منها، ويقاومها فيفرح أشد الفرح إذا تغلب على الوسواس ويحزن أشد الحزن إذا غلبه الوسواس (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢ ص٩٠).

٤- الوسواس = الاهتمام الزائد: وهذا معنى آخر ربما يقف وراء المعاني السابقة، لأنها كلها في الحقيقة تعني اهتماما زائدا، وقد قصدت من إشارتي إلى هذا المعنى أن أبين استخدام بعض العرب لكلمة الوسواس للدلالة على كون شخص ما منغمسا إلى حد كبير في موضوع ما غير الشك أو الخوف على الصحة أو التشدد في الدين، وربما كان هذا الموضوع قضية عامة أو خاصة أو فكرة يدعو لها أو يهتم بها.

حجم المشكلة في العالمين العربي والإسلامي (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢، ص ٣٤)

أما حجم مشكلة اضطراب الوسواس القهري في الوطن العربي والإسلامي اليوم فهو مع الأسف غير معروف بالضبط؛ لأن الموجود هو تقديرات وضعت على أساس معدلات الانتشار في العالم الغربي فيما عدا دراسات متفرقة هنا وهناك، وأول هذه الدراسات، حسب بحثي، هو ما ذكره بارهاد بعد عمله لمدة خمس سنوات في الكويت عام ١٩٥٧ من أن الوسواس القهري والمخاوف المرضية (Parhad, 1957) يعتبران مرضين نادرين جدا في الكويت، وتلت ذلك دراسة في القاهرة لأحمد عكاشة ومصطفى كامل تبين فيها أن نسبة اضطراب الوسواس القهري بين ألف مريض، ترددوا على العيادة الخارجية لقسم الطب النفسي بمستشفى عين شمس الجامعي، بلغت ٢,٦٪ أي ستة وعشرين مريضا في الألف وكان ذلك عام ١٩٦٨ (Okasha et al, 1968)، وفي مدينة الإسكندرية المصرية قام مصطفى السعدني بدراسة على مرضى اضطراب الوسواس القهري في الإسكندرية (El-Saadani, 1996) ما بين عام ١٩٩٣ وعام ١٩٩٦ وجد فيها أن معدل انتشار هذا الاضطراب يتجاوز ٣٪، وهذه - حسب بحثي - هي الدراسات العلمية الثلاث في الوطن العربي التي اهتم الباحثون فيهما بمعدل وجود الوسواس القهري كمبحث من بين مباحث دراستهم، وأما في تونس فقد ذكر سليم عمار عام ١٩٦٨ (Ammar, 1968) أن عصاب الوسواس القهري من الأمراض النادرة في تونس، وكان ذلك بين انطباعاته عن الأمراض النفسية في تونس لكنه لم يقل ذلك بناء على دراسة

علمية مختصة بالوسواس القهري، وعلى العكس من ذلك جاء في دراسة لوداد البزاوي وإحسان العيسى من العراق عام ١٩٦٧ (Bazzaoui &Al-Issa, 1967) أن عصاب الوسواس القهري منتشر بالعراق، وأن المجتمع العراقي في الستينات من القرن العشرين كان يشجع مضامين توكيد الذات والعدوانية. لكن ذلك لم يبن على دراسة علمية مختصة بمعدل انتشار الوسواس القهري، (وهناك أبحاث أخرى أجريت في المملكة العربية السعودية وفي الكويت وفي المملكة المغربية (Moussaoui . 1990) وفي لبنان وفي تركيا، ولكنها كانت تبحث في مواضيع أخرى (مصطفى السعدني٢٠٠٢) متعلقة بالشخصية القسرية أو شخصية المريض باضطراب الوسواس القهري أو بشكل الأعراض القهرية في مجتمعاتنا وسيرد ذكر كل من هذه الدراسات في مكانه المناسب) وأهم ما يمكن استنتاجه من هذه المعلومات الضئيلة أن هناك زيادة مطردة في معدلات الانتشار، ودراسة السعدني هي الأحدث والتي لو أننا ـ افتراضا ـ عممنا نتائجها، لكان هناك على أقل التقديرات تسعة ملايين عربي يعانون اضطراب الوسواس القهري، وكنت أكثر تفاؤلا في هذا الكتاب أنا إذن، عندما قلت: إلى ستة ملايين عربي على الأقل؟

وأقدم في السطور التالية التاريخ المرضي لثلاث حالات وسواس قهري ـ إضافة إلى ما سبق في الفصل الأول ـ وتظهر في الحالتين كيفية تغير محتوى أعراض الاضطراب خلال حياة المريض مع المسار المزمن لاضطراب الوسواس القهري، وكيفية تغير المسار المرضي أيضا. ثم أعرض بعد ذلك بعض الأفكار الخاصة بمحاولات تقسيم اضطراب الوسواس القهري إلى عدة أنواع:

(١٠) «الوسوسة والطلاق والفتوى!»

كان توفيق (وهذا ليس اسمه الحقيقي) حاملا لليسانس الآداب قسم علم النفس ويبلغ من العمر ثلاثا وثلاثين سنة عندما جاء إلى الطبيب النفسي وهو في حالة من التوتر والإرهاق وهو يقول: «هذه هي المرة الثالثة يا دكتور التي أصل فيها إلى هذا الحد من الإعياء بسبب التفكير يا دكتور أنا ما زلت لا أدري هل حل مشكلتي عندك أم عند الشيخ لقد تعبت يا دكتور» فطلب منه الطبيب أن يهدأ ويحكي له كل شيء، فقال: «إنها كارثة يا سيدي أنا أشك هل أصبحت زوجتي محرمة علي أم لا؟ ولا أستطيع النوم لسيطرة هذه الفكرة علي: أنا أعرف أنني موسوس

ولكنني كنت أستطيع من قبل أن أعدي النوبة بأي طريقة لكنني عندما يتعلق الأمر بالحرام والحلال لا أستطيع؛ لا أريد البعد عن مشكلتي أنا موسوس منذ سن الثماني سنوات ويروح وسواس ويجيء آخر بعد فترة من حياتي لكنني تعذبت بحق مرتين وهذه هي الثالثة: يا دكتور هل تدرسون الدين مع الطب النفسي؟ أنا لا أريد أن تقول لي أن الدين شيء والعلم شيء كما كان أستاذي في الكلية يقول لنا، وتسبب في امتناعي عن حضور المحاضرات لأنني لا أريد العلم الكافر.. نعم لا أريد أن أتعلمه وأنا أؤمن أن علاقة الإنسان بربه أهم، لقد امتنعت عن حضور المحاضرات في قسم علم النفس بالفعل ولكنني اجتزت الامتحان وحصلت على الليسانس وهذا أنا أعمل الآن سباكا في الخليج؛ وإنني أحمد الله الذي رزقني ولكنني أريد أن تطمئنني أولا فقد حكى لي صديق أن الطبيب النفسي يعالج كلا حسب دينه وإذا كنت مسلما فهو دينك أيضا أرجوك يا دكتور أجبني بصدق ولا تخدعني: هل إذا زنا الواحد بأخت زوجته تصبح زوجته محرمة عليه؟».
فقال له الطبيب: «ولماذا تلح عليك هذه الفكرة؟ لاحظ أنك لم تخبرني بعد سبب ذلك فأنت تقول أنك لا تستطيع احتمال وسواسك عندما يتعلق الأمر بالحلال والحرام فما هو الحرام الذي تقصده؟ هل أنت شخصيا فعلت ذلك؟». فقال توفيق: «لا إله إلا الله أرجوك أجبني أولا وأرحني من العذاب يا سيدي!» فقال له الطبيب: «ما سوف أقوله هو نتاج فهمي لجوهر ديني وليس فتوى بالطبع أنا أعتقد أن المشرع هنا لابد أن يفصل ما بين قضيتين متداخلتين في رأسك على ما يبدو، أما أحدهما فهي قضية أن الجمع بين الأختين حرام والثانية أن فعل الحرام يمكن أن يكون العقاب عليه هو الحرمان من الحلال: فأما القضية الأولى فلا علاقة لها بالأمر لأن العلاقة الآثمة تختلف عن الزواج المشروع وأما القضية الثانية فهي أن العقاب على الزنا يكون بتطبيق الحد إذا توفرت شروط تطبيقه، لكن ذلك لا علاقة له بالزوجة الحلال؛ ولكنني أكرر أن ذلك اجتهاد مني وإن شئت فسأسأل لك واحدا من أساتذة الفقه الإسلامي في ذلك».

وهنا قال توفيق: «يعني لا تحرم الزوجة إذا أقام الزوج علاقة مع أختها، أنا سمعت في الإذاعة فتوى مشابهة لما قلته لكنني أردت أن أتأكد، وأنا والحمد لله لم أقع في الزنا ولكن الشيطان أغراني فكان ما بيني وبين أخت زوجتي بعض

الملاطفة والمداعبة الجنسية وإنما قلت لك الزنا لكي ترد علي بأقسى ما يمكن من الرد، ولكن أرجوك أيضا أن تسأل لي أستاذ الفقه الذي تعرفه من فضلك»، فوعده الطبيب بأن يسأل له وطلب منه أن يحكي له حكاية وسواسه كلها ومن بدايتها، فقال توفيق: «إن الحكاية طويلة يا سيدي بطول عمري فمنذ كنت في المدرسة الابتدائية تنتابني الوساوس دون أي داع لذلك، فمثلا كنت إذا أتممت الواجب المدرسي وذهبت إلى النوم تتسلط علي فكرة أن المدرس سيضربني غدا فأقول لنفسي لماذا يضربني إذا كنت قد أديت الواجب المنزلي وإذا كانت كراستي نظيفة، و أنا أتعامل مع زملائي بكل أدب وأجلس في الفصل منتبها وأجيب إذا سئلت! ولكن كل ذلك لم يكن يفيد وكنت أظل أرقا إلى وقت متأخر من الليل، وكنت أغرق في البكاء إلى أن يرحمني الله بالنوم، ولم أكن أحكي لأحد عن ذلك لكي لا يسخر مني الناس، هذه النوعية من المخاوف أخذت فترتها ومضت بعد أن سلمتني لنوع آخر من الأفكار وهو الإحساس بالذنب وبالخوف من إيذاء الآخرين، فقد سخرت من تلميذة كانت معي في الفصل نفسه وقلت لها أنها تشبه الأولاد وكان أن غابت في اليوم التالي عن المدرسة وعرفت أنها حاولت الانتحار بالسم، وبدأت أحس بأن الكلام الذي قلته هو السبب وهو الذي كاد يقتلها، ومادام كلامي هو السبب إذن أنا السبب، وبدأت تتسلط علي بعد ذلك فكرة أنني قد أتسبب في إيذاء الناس بسبب كلامي، وعندما وصلت إلى مرحلة الدراسة الإعدادية بدأت أشك في نظافة يدي وفي إتمام الوضوء وكنت أكثر من غسل يدي وأكرر الوضوء عدة مرات فأغسل العضو ثم أعود إلى غسله مرة أخرى وهكذا.. وفي تلك الفترة نفسها كنت أشك في طهارتي وعندما احتلمت بدأت أشك في هل كان ما حدث حلما أم أنني فعلت الحرام في الليل وكنت أخاف من دخول زوجة أخي إلى غرفتي فأخي مسافر وأنا شاب صغير! وفي أثناء ذلك أيضا كنت أشك في كل الأفعال التي أفعلها تقريبا، مثلا عندما كنت أكتب خطابا لأخي وألقيه في صندوق البريد كنت بمجرد إلقائه أشك هل وضعت الخطاب في المظروف قبل إلقائه في الصندوق أم لا وتغلبت على هذه الفكرة بأنني كنت أبقي المظروف مفتوحا حتى آخر لحظة لكي أتأكد في اللحظة الأخيرة من وجود الخطاب داخل المظروف!؛ و والله أنني رغم ذلك كنت أشك في أنني ربما وضعت ورقة أخرى غير الخطاب وهل قمت بلصق طابع البريد جيدا أم لا؟

وهكذا ظللت حتى وصلت إلى الجامعة وربما كان لاشتغالي بالسباكة دور في إلهائي عن وساوسي، فقد كنت حتى هذه الفترة أحتفظ بسرها لنفسي لكنني في السنة التي سافرت فيها إلى الخليج وقعت في براثن الشيطان، وبدأت تنتابني أفكار شيطانية فيها تجرؤ على الله أستغفر الله العظيم وهذه كانت المرة الأولى التي لم أستطع فيها التغلب على رغبتي في الإفضاء بسري فكان أن حكيت بلوتي لشيخ المسجد في البلد الذي كنت أعمل به. وقد أنقذني - رحمه الله - من عذابي لأنه قال لي إن الله سبحانه وتعالى إنما يحاسبنا على ما نملك أمره من أفعالنا وليس على وساوسنا ولا على تخيلاتنا ولا على مشاعرنا، الله يحاسبنا على أفعالنا الإرادية وتخيل يا دكتور أن العذاب الذي عشت فيه لمدة تزيد على ثلاثة شهور انتهى بمجرد أن طمأنني ذلك الشيخ الجليل: لكن العذاب الذي اختفى أسلمني إلى عذاب جديد تمثل في الخوف من العدوى ومن الإصابة بالمرض فقد سمعت أن بعض المسافرين للعمل في الخليج يزورون بطاقاتهم الصحية وهم بالتالي يمكن أن يكونوا مصدرا للعدوى، وبدأت أخاف من الاقتراب من أي جريح فلو جرح مثلا مساعدي في العمل أبتعد عنه ولا أستطيع مساعدته في تضميد الجرح وكان ذلك يسبب لي الكثير من الإحراج لكن أصحاب العمل يحبونني - والحمد لله - لأنني ملتزم جدا بعملي كما أنني لا أعمل إلا من خلال الشركة التي تكفلني هناك ولا أقبل بأي حال من الأحوال أن أتقاول على عمل بمفردي كما يفعل الجميع، ولا يمكن أن أقبل البقشيش أبدا لأنني أعتبره حراما ومادام الله يرزقني ولي راتب أتقاضاه من الشركة مقابل عملي فأنا لا آخذ البقشيش؛

المهم أنني حدثت المشكلة الثانية الكبيرة في حياتي عندما بدأت استعدادي للزواج فلا أدري من أين أتتني فكرة أنني سأفشل ليلة الزفاف ولن أستطيع التصرف كالرجال لا أدري لماذا. فأنا مكتمل الصحة ولا يوجد ما يخيف في صحتي الجنسية لكن كانت فكرة حدوث عجز جنسي مفاجئ لي ليلة الزفاف تسيطر على تفكيري، وقد ترددت على طبيب أمراض الذكورة عدة مرات في المستشفى المتعاقد مع الشركة، وعندما وجد الطبيب هناك أن طمأنته لي لم تفد بشيء حولني إلى طبيب الأمراض النفسية وكان ذلك أول لقاء ما بيني وبين طبيب نفسي، وقد تعجب من طول صبري على الوسواس القهري ووصف لي علاجا ساعدني كثيرا في التخفيف من حدة الفكرة، لكن الحقيقة أن ما

له الفضل في شفائي وتخلصي نهائيا من فكرة العجز الجنسي تلك كان حلما حلمته ورأيت فيه جدي لأبي ـ رحمة الله عليه ـ وكان شيخا أزهريا جليلا وهو يربت على كتفي ويقول لي تزوج والله معك فأنت نبت طيب ولن يخذلك الله وبدأت بعدها أجد في التقرب إلى الله والإكثار من الأدعية والاستغفار ما يملأ نفسي بالطمأنينة؛ وتزوجت منذ السنتين تقريبا وزوجتي بفضل الله حامل، ولكنني أخطأت ولعب بي الشيطان وفتنني حسن أخت زوجتي وكان ما كان وقد عاهدت الله ألا أعود لذلك ولا لمثله أبدا».

وفي الجلسة التالية كان الطبيب النفسي قد سأل بالفعل أحد أساتذة الفقه الإسلامي (علي جمعة، ٢٠٠٢). وبشر توفيق بأن الشيخ قال له «القاعدة الفقهية تقول: إن الحرام لا يحرم الحلال» ولكن عليك ألا تعود لمثل ما فعلت يا توفيق فليس معنى ذلك أن الأمر بسيط لأن علاقتك بامرأة غير زوجتك حرام في الأصل إلا أن تكون زوجة لك، إذا كنت تستطيع الزواج بامرأة أخرى، وفي مثل حالتك بالطبع لن يكون ممكنا أن تتزوج من أخت زوجتك فعليك أن تتجنبها لكي لا يفتنك الشيطان مرة أخرى. فقال توفيق: أنا فعلت ذلك من نفسي واطمئن يا سيدي فلا شيء من ذلك يمكن أن يحدث لأنني افتعلت مشكلة معها وأخبرت زوجتي بأن تمنعها من المجيء إلى بيتي وهي على كل حال على أبواب الزواج ولكن يا دكتور أريد أولا أن أطمئن هل قال لك الشيخ فتواه وهو يعرف أنني مريض؟ أقصد هل قلت له أنني موسوس؟ فأخبره الطبيب أنه فعل ذلك بعد أن أخذ الفتوى من الشيخ فسأله توفيق: أرجوك يا دكتور أنا خائف من أن تكون إنما تريد فقط طمأنتي، فأجابه الطبيب في صلابة: «اسمع يا توفيق إن حدود شرع الله لا يمكن التهاون فيها لأي سبب وأنه لا يجوز للطبيب النفسي أن يطمئن مريضه بالباطل» فقال توفيق بعد ذلك:

«هناك عدة أفكار داهمتني خلال الأسبوع الماضي رغم أنني ملتزم بالدواء حتى أن واحدة منها هاجمتني اليوم فقط وأنا في الطريق إليك، أما الفكرة الأولى فهي هل يمكن أن أكون تسببت في إيذاء أخت زوجتي أقصد من ناحية البكارة؟ أنا لم أتجاوز حد المداعبة كما قلت لك من قبل ولكنني لا أدري لماذا تهاجمني هذه الفكرة من آن لآخر خلال الأسبوع الماضي؟ وأما الفكرة الثانية فهي أيضا سؤال هل يمكن أن يتسبب سبي لزوجتي وتعنيفي لها في حدوث إجهاض لحملها؟ لقد أوصاني طبيب النساء الذي أتابعها معه بأن أراعي

حالتها النفسية لكنني كثير الغضب والتطاول عليها بالسباب، والحقيقة أنني منذ يومين عندما استفزتني وسببتها قالت لي ستكون سببا في إجهاضي لأنك لم تلتزم بما أوصاك به الطبيب فرددت عليها في ثورتي: فلتجهضي حتى ولو كنت أنا السبب، لكنني أخاف من هذه الجملة الأخيرة بالذات لا بل من الكلمة في حد ذاتها فهل يمكن أن يتسبب قولي لكلمة فلتجهضي في إجهاض زوجتي؟ أنا أعرف أن ذلك غير معقول لكنه الوسواس، أما الفكرة التي تكاد تضحكني فهي هل إذا نظرت إلى أم زوجتي نظرة جنسية يكون ذلك سببا في تحريم زوجتي علي؟ أرجوك ألا تضحك يا دكتور لقد طلبت مني أن أقول لك كل شيء وهذا أنا أقول؛ وأما آخر الأفكار فصعب تخيله فقد أغضبتني زوجتي مباشرة قبل مجيئي إليك اليوم وقلت لها إن لم تلتزمي بسماع كلامي سأقوم برميك خارج البيت وخرجت أنا إليك لكنني طوال الطريق لا أستطيع إبعاد فكرة أن رمي زوجتي من البيت أو أنني قلت لها ذلك ربما يساوي أن أطلقها فهل هي الآن طالق مني؟»، وبعد ذلك طلب توفيق من الطبيب أن يخبره إلى أين يذهب للحصول على الفتوى لأن شيخ المركز الذي تتبعه قريته من الممكن أن يفشي السر وهو يريد أن يذهب لاستفتاء أحد علماء الأزهر الشريف وعندما أخبره الطبيب أن مفتي المركز لا يمكن أن يفشي السر وأنه حتى ليس مضطرا إلى مواجهة الفقيه الذي يريد أن يسأله فمن الممكن أن يسأل مواقع معينة عبر شبكة الإنترنت كموقع إسلام أون لاين www.Islamonline.Net وكذلك موقع فضيلة الشيخ القرضاوي وكان الطبيب بالطبع يعرف أن توفيق ليس من مستخدمي الإنترنت فكانت النتيجة أن طلب منه توفيق مساعدته في ذلك ولكنه أصر أن يكتب السؤال بنفسه ثم أصبح السؤال سؤالين وكان نص ما كتبه هو الآتي:

بسم الله الرحمن الرحيم

(١) أنا من مصر متزوج على مذهب الإمام أبو حنيفة وعلى كل مذهب يصح عليه العقد. نظرت إلى أم زوجتي بشهوة عدة مرات وكذلك أخت زوجتي والتي وصل معها الأمر إلى التقبيل والمداعبة والاحتضان حتى نزلت مني الشهوة وهي بملابسها، فهل هذه الأفعال تحرم الزوجة؟ علما بأنني انتهيت بفضل الله عن كل ذلك، وإذا حدثت نظرة مرة أخرى. فإنها تكون غير مقصودة أو مقصودة بنسيان!

(٢) إذا أمرت زوجتي بفعل شيء أو الامتناع عن فعل شيء وقلت لها إن لم تطيعيني في هذا الأمر تكونين طالقا، وبالفعل هي لم تطعني ولكنني لم أطلقها، فهل تعتبر الزوجة طالقا؟ وهل إذا قلت لها كلاما مثل «سأرميك خارج البيت» أو إذا قالت الزوجة لزوجها «سأخرج من البيت ولن أعود» فرد عليها الزوج بقوله إن شاء الله لا ترجعين «فهل يعتبر ذلك طلاقا على أساس أنه يحمل معنى الطلاق؟ أم لا يعتبر طلاقا؟».

واشترط توفيق على الطبيب ألا يخبر من يطلب منهم الفتوى بأنها مطلوبة لمريض موسوس لأنه يعتقد أنهم سيغيرون من ردهم بناء على ذلك، وحاول الطبيب أن يقنعه بأن الفتوى هي الفتوى التي يسأل صاحبها أمام الله عنها، وأكمل الطبيب قوله ولا تتوقع من أحد أن يحمل ذنبك يا توفيق، إلا أن توفيق استحلف الطبيب بالله ألا يخبر من يطلب منهم الفتوى بأنها لمريض نفسي، وكان له ما أراد، وعاد توفيق إلى الطبيب النفسي بعد أسبوعين ليجد الفتوى جاهزة كما يلي: بسم الله، والحمد لله، والصلاة والسلام على رسول الله، وبعد:

أما عن السؤال الأول: فإن الفقهاء يقولون: العقد على البنات يحرم الأمهات،والدخول بالأمهات يحرم البنات.

وما حدث منك هي أمور منكرة شرعا، حيث خرقت العلاقة الاجتماعية، وسمحت لنفسك أن تنظر إلى أم زوجتك بشهوة، بل وأتيت بعض الأمور الزائدة عن ذلك مع أخت زوجتك من التقبيل وخلافه، فاتق الله تعالى، واعلم أن الله مطلع عليك، وأنه محاسبك على كل صغيرة وكبيرة. ولا تعد لمثل هذا أبدا، واقطع الأسباب التي تجعلك تقع في مهاوي الرذائل والخبائث، وإياك والخلوة بأم زوجتك أو أختها، وإن كانت أم زوجتك من المحارم، ولكن هذه الحرمة ترفع عند وجود الفتنة، وأنت نظرت إلى أم زوجتك نظرة شهوة، فتعاقب بغير ما يعاقب الناس به، بحرمانك ما يباح لغيرك.

وعلى كل فزوجتك غير حرام عليك، والزواج كما هو ليس فيه شيء، ولكن انظر إلى الشرخ الذي أحدثته في بيتك، واتق الله تعالى، والله أعلم.

عن سؤال الطلاق، فإن الأول هو ما يعرف بالطلاق المعلق، وجمهور الفقهاء على أنك إن كنت نويت الطلاق، وقع طلاقا، وإن كنت تنوي التهديد، فهو يمين فيه كفارة اليمين، إطعام عشرة مساكين، فإن لم تجد، فصيام ثلاثة أيام، وكثير من فقهاء العصر يرون مثل هذا القول غير موقع للطلاق، بل فيه الكفارة على كل حال.

والتلفظ الثاني هو ما يعرف بكناية الطلاق، ومرده إلى نيتك، هل تقصد به الطلاق أم لا، والراجح فيه أنه ليس بطلاق.

ولكن اتق الله تعالى، وحافظ على بيتك قبل أن يهدم، فتندم ساعة لا ينفع الندم، ولن تنفع شهواتك وأهواؤك، فقد تعبت في بناء البيت. فلا تهدمه بكلمة، أو بفعل قبيح، ولا تستسلم لوساوس الشياطين أو نزوات النفس الأمارة بالسوء، واجعل نفسك مجاهدة لهواها، أو غالبة عليها، مستمسكة بحبل الله وأمره .

وحمد توفيق الله واطمأن وشكر الطبيب ووعده بأن يستمرعلى العلاج: وبعد ثلاثة أسابيع عاد ليخبر الطبيب بأنه أحسن حالا بكثير مما كان ولكنه قلق بعض الشيء لأنه سيسافر بعد ثلاثة أيام لأن كفيله الخليجي اتصل به وألح في طلبه وهو اعتاد أن تزيد عليه الوساوس في الغربة، وهو خائف لذلك السبب ولا يدري هل سيفلح هذه المرة في تطبيق ما تعلمه من أساليب كبح جماح الأفكار التي علمها له الطبيب أثناء جلسات العلاج المعرفي أم لا؟ وضرب مثلا للطبيب بفكرة العجز الجنسي التي كانت وسوست له في فترة سابقة قبل الزواج عندما حاولت أن توسوس له قبل نزوله الإجازة التي تنتهي في مصر بعد أربعة أيام بإذن الله، ولكنه كبحها بإهمالها إلى أن سكتت من نفسها وهنا قاطعه الطبيب وقال وما الفرق ما بين هذه وبين مشكلة الفتوى التي طلبتها لماذا لم تستطع كبحها يا توفيق: فأجاب توفيق لأن في مضمونها ما لا أعرف فيكون هناك احتمالات تلد احتمالات فأنا عندما داهمتني فكرة العجز الجنسي قبل الزواج لم أستطع لها ردا ولكنها عندما داهمتني بعد الزواج كنت أنا قد تأكدت بنفسي وأستطيع أن أتأكد بمجرد نزولي بمصر لذلك تخلصت منها وأنا في السفينة راجع في طريقي، ثم أن الحرام والحلال موضوع لا أستطيع التهاون فيه.. إنها كثرة الحرص يا سيدي الطبيب هي التي تجعل الأمور أصعب وتجعل النفس للوسواس أقرب، وأريد أن أنبئك بشيء ربما لم أقله لك منذ البداية لكي يكون اهتمامك أكثر، أنا لم يحدث

بيني وبين أخت زوجتي أكثر من أنني نظرت إليها مرة أو مرتين بشهوة، ولكن المشكلة التي أحس أنها لا حل لها الآن هي أنني أريد أن أسأل لجنة الفتوى هذه هل لو كانت أم الزوجة من المحارم أصلا بمعنى أنها عمة أو خالة لزوج بنتها وحدث أن نظر إليها الزوج بشهوة هل يكون الحكم هو الحكم نفسه أم لا؟ تخيل هذا السؤال سوف يعذبني وأنا أعرف أنك لن تستطيع السؤال لي وأنا لن أستطيع انتظار الرد كما لا أستطيع أن أسأل شيخ المركز، أرجوك يا دكتور اسأل لي وسوف أتصل بك من هناك»

ويتضح في هذا التاريخ المرضي النوع الغالب من المسار المرضي لاضطراب الوسواس القهري، حيث يمر المريض، على مر السنين بفترات اتقاد تزيد فيها الأعراض وفترات انطفاء تقل فيها الأعراض كما يتغير محتوى الأفكار التسلطية من فترة إلى أخرى من الاجترار التسلطي للمخاوف من المدرسين إلى الخوف التسلطي من إيذاء الآخرين، ثم أفكار التنظيف والتطهر والأفعال القهرية المتعلقة بها، ثم المخاوف القهرية من العدوى وكذلك الأفكار التسلطية المتعلقة بالتجرؤ على المقدسات، وهكذا يخرج المريض من نوع من الأعراض القهرية إلى نوع آخر، كما تتضح في هذه الحالة أيضا طريقة التفكير التي يتميز بها الكثيرون من مرضى اضطراب الوسواس القهري، حيث يضفون على الكلمات نوعا من القوة السحرية وكأن كلماتهم يمكن أن تفعل وتؤثر أكثر من كونها مجرد كلمات: كما تتضح كذلك أفكار الشك التسلطية وطريقة المريض في البحث عن السيئ من الاحتمالات، وكذلك توجد في هذه الحالة بعض سمات الشخصية القهرية، كما يتضح من اتباعه الصارم للوائح الشركة التي يعمل بها، كرفضه العمل لحسابه حتى في أوقات فراغه، كما يتضح أيضا انضباطه الخلقي الزائد عن الحد في امتناعه عن أخذ البقشيش لأن كل من هم في مثل ظروفه بالطبع إنما يقبلون البقشيش مرحبين، وتحسن توفيق بعد شهر من تناول الدواء وطلب منه الطبيب الاستمرار عليه حتى بعد عودته إلى مكان عمله في الخليج العربي: واتصل هاتفيا بالطبيب بعد أسبوع من سفره إلى الخليج ليعرف إجابة سؤاله الأخير عن لو كانت أم الزوجة أصلا من المحارم، وأخبره الطبيب بأن هذا لا يغير من القاعدة الفقهية «أن الحرام لا يحرم الحلال» شيئا، وأخبر توفيق الطبيب بأنه الآن في أحسن أحواله ويمارس عمله

بانضباط وإتقان ومستمر على الدواء، ولكنه عاد إلى الطبيب بعد سنة وهو يعاني من فكرة تسلطية جديدة هاجمته وهو في الخليج قبل شهر من رجوعه إلى مصر. ومحتوى الفكرة كان أنه سيقوم بوأد ابنته التي رزق بها وكان قد قطع الدواء بعد ثلاثة شهور من التحسن لأن أحد أصدقائه حذره من تأثيرات الأدوية النفسية.

(١١) «السيدة وسواس!»

وأما السيدة نورا (وهذا ليس اسمها) فقد استدعي الطبيب النفسي لزيارتها في غرفتها بمستشفى خاص للجراحة وأخبره أخوها الطبيب الباطني بأنها رافضة تماما اللجوء إلى الطبيب النفسي منذ زمن بعيد وأنه اضطر إلى إعطائها حقنة منومة ليتمكن من نقلها إلى المستشفى لأنها تخاف من كل ما يتعلق بالمستشفيات و الأطباء لدرجة أنها لم تزر أختها الكبرى أثناء وجودها في المستشفى فترة شهرين قبل موتها لأنها في مستشفى! وحتى هو نفسه لم تكن لتسمح له بزيارتها لولا الضغط الشديد من ابنها وابنتها بسبب تقيح مزمن في ساقيها ناتج عن حرق سطحي بسيط بسبب انسكاب الشاي عليهما منذ خمسة أسابيع ولم تخرج من بيتها لعرضه على الطبيب ولا رضيت بأن يزورها أحد الأطباء مما تسبب في نهاية الأمر إلى تقيح لم يفد فيه التطهير المتكرر وأخذ يزيد اتساعه حتى خشي هو عليها عندما شاهدها من أن تصل بها الحال إلى غرغنة الجرح والاضطرار إلى بتر الساق فلم يجد أمامه إلا نقلها إلى المستشفى لكي يتمكن الجراح من تنظيف الجرح. وحبذا لو انتهزت الفرصة وعالجها الطبيب النفسي خلال فترة وجودها في المستشفى.

كانت نورا منكمشة في سريرها وقد ظهر عليها الخوف الشديد والتردد عندما مد الطبيب النفسي يده ليسلم عليها لكنها حاولت إخفاء ذلك وعندما قدم نفسه لها وسألها عن حالتها أخبرته أن لا يد لها فيما وصلت إليه وأنها حاصلة على درجة الدكتوراه منذ أربع سنوات ولكنها منقطعة عن عملها منذ ثلاث سنوات، وذلك لأن زوجها لا يستجيب لرغبتها في تغيير الشقة التي تسكن فيها مع أولادها وهي تعيش منذ أربع سنوات في مكان تشعر بالقرف الشديد منه، ولا تستطيع لمس جدرانه ولا أبوابه ولا نوافذه لأن زوجها غير ملتزم بالكثير من الشروط التي تراها ضرورية لتجنب خطر الإصابة

بالسرطان، وأن هذا هو سبب تجنبها للأطباء والمستشفيات وأنها لولا الحقنة المخدرة التي حقنها بها أخوها لكان مستحيلا أن تقبل الدخول إلى المستشفى ولكان أهون عليها أن تموت بسبب تقيح ساقيها.

وبعد حديث طويل بينها و بين الطبيب النفسي تبين أن المشاكل بدأت منذ خمس سنوات عندما ذهب زوجها لزيارة قريبة له كانت مصابة بسرطان في الثدي ولم يستجب لتحذيراتها. بل إنه كذب عليها ولم يخبرها يوم زار قريبته تلك في المستشفى، ولو أنه أخبرها لكان من الممكن تدارك الموقف فربما كان الاستغناء عن ملابسه، أو حرقها حتى، آفضل مما وصلت إليه الحال الآن ـ كما قالت ـ فالذي حدث أنها لم تعد تثق به، ولم تستطع أن تتخلص من أثر ملابسه التي تعاملت معها بحسن نية فكانت النتيجة أنها أصبحت لا تعرف أي جزء من البيت لوثته هذه الملابس، وزوجها لم يتعامل مع الأزمة إلا بتجاهلها هي ومخاوفها التي لا يرى لها معنى! ثم حاولت بشتى الطرق هي وأولادها إقناعه بضرورة تغيير الشقة لكنه لم يستجب بل وتمادى في تجاهله للأسرة كلها، وساعده ما حصل عليه من ترقيات متتالية في عمله على تناسي البيت إلى درجة أنه يبيت خارج البيت معظم أيام الأسبوع وهي ترى أن عدم دخوله البيت أفضل لأنها تعيش أصلا هي وأولادها بنظام محدد وهو لا يلتزم بأي نظام وكثيرا ما يكذب!

وسألها الطبيب عن النظام المحدد الذي تعنيه فقالت «يعني الجدران لا تلمس والأرض كذلك والأبواب والشبابيك، وهناك غرفة نعيش فيها تكفي: والمائدة الموجودة في صالة الشقة هي التي وضع زوجي بذلته على أحد كراسيها بعد عودته من زيارة المريضة التي زارها، ولم نكتشف إلا بعد أسبوعين من تاريخ الزيارة أنها سر البلاء كله، ولذلك لا ألمسها لا أنا ولا أولادي منذ خمس سنوات! وعندما سألها عن سبب انقطاعها عن العمل أجابت وكيف أذهب إلى مكان العمل يا دكتور زوجي لا يهتم بتوصيلي في سيارته وأنا لا أستطيع ركوب المواصلات العامة، لأنني لا أضمن مكان من سوف أجلس إلا إذا كنت سأشتري ثيابا لكل مرة أذهب فيها إلى العمل: ثم إن زوجي لا يراعي من يركب على الكرسي بجانبه ومن لا يركب، ولا مانع لديه إذا غير أحد إطارات السيارة أن يمسك عجلة القيادة دون أن يغسل يديه ويمسك كذلك مفاتيح السيارة. ولك أن تتخيل أن يديه، بعد لمس إطار السيارة

الذي يدوس به ما يدوس في أرض الشارع، يمسك بهما مفاتيح السيارة ثم يضعها بعد عودته إلى المنزل على أي قطعة من الأثاث ولا يقوم بغسل المفاتيح رغم توسلاتي؛ وهذه هي النتيجة إنني الآن ومنذ زمن طويل قررت ألا أنظف شيئا في البيت وأنا وأولادي نستهلك على الأقل ثلاث علب مناديل يوميا و١٥٠ سم مكعب من ماء الكولونيا؛ وقطعة صابون على الأقل كل يوم و كل هذا وأنا لم أعد أستطيع تنظيف ما حولي لأنني أخاف من الأتربة ومما يمكن أن يحدث إذا تعرضت لها أثناء التنظيف!» وعندما سألها الطبيب عن رأيها في أن ما تحمله كلماتها من أفكار تتصرف على أساسها هي وأولادها إنما هي أفكار لا يستطيع أحد الحياة معها فأجابت: «أنا أعرف يا دكتور أنها فوق طاقة البشر لكن العذاب الذي أعانيه، إذا لم ألتزم أنا ومن يعيش معي بهذه الشروط، لا يطاق بحال من الأحوال، وأنا حاولت في بداية الأمر ألا أستسلم لهذه الشروط ولكنني الآن نسيت ذلك وأصبحت فكرة عدم الالتزام بها في حد ذاتها فكرة مرعبة لي».

وفي الزيارة التالية قابل الطبيب النفسي زوج السيدة نورا بعدما كان قد طلب من أخيها ضرورة مقابلة زوجها وأولادها لكن أحدا من أولادها لم يستطع الحضور إلى المستشفى وحضر الزوج الذي حكى للطبيب كيف عاش ثلاث سنوات في عذاب مع هذه السيدة وكأنها زوجة مع إيقاف التنفيذ وقال «حتى لو استغنينا عن العلاقة الزوجية يا سيدي إن الشقة التي تعيش فيها لا تطاق فهي لم تنظف قطعة أثاث واحدة منذ خمس سنوات عدا سريرها ولا نظفت الأرض ولا طهت طعاما وكل ذلك لأنه لابد من تغيير الشقة وأنا لا أرى عيبا في الشقة ولا أرى داعيا للطقوس العجيبة التي تطالبنا جميعا باتباعها و إلا اعتبرتنا مارقين !!! إن السرطان الذي تخاف منه غير معد وهي حاصلة على درجة الدكتوراه في العلوم، أي أنها تعرف ذلك: وليس هناك أحد يستطيع الوصول بالعند إلى هذا الحد ثم أن أولادها معقدون وليسوا على طبيعتهم كبقية الناس! أنا لم أستسلم أنا أحضرت لها أكثر من عشرين من الشيوخ المعالجين بالقرآن وغيره وعرضتها على أطباء المخ والأعصاب ومرة على طبيب نفسي ولكن لا فائدة، هي لا تلتزم بالعلاج، والشيوخ إما دجالون وإما ينصحون بالعرض على الطبيب النفسي وهي لا يعجبها أحد! وتتهمني بأنني أريد تشويه صورتها ولذلك نزعت نفسي من حياتها وأعطيت

كل اهتمامي لعملي لأني صراحة يا دكتور يئست تماما من الوصول إلى حل معها، وساعدني أخوها المهندس وعمها على الزواج من أخرى سرا وأنا الآن لي بيت ثان لا تعرف هي عنه أي شيء؛ وأما الأولاد فيعلم الله كم حاولت معهم ولكنهم لا يستطيعون مخالفتها. أنت لن تصدق يا دكتور ولن تتخيل مدى تصلب رأيها وغلوها في العناد لقد كانت تظل واقفة لليلة ولليلتين أي ٤٨ ساعة على قدميها لأنها لن تجلس على الكرسي الوحيد في البيت الذي كانت تجلس عليه ولماذا؟ لأنني جلست عليه ولن تنام على السرير الوحيد في البيت الذي كانت تنام عليه ولماذا؟ لأنني جلست عليه وكنت أضطر إلى تغيير الأثاث باستمرار لأنني أشفق عليها من عنادها الذي لا تتراجع عنه ولو أوصلها للموت. و كانت تسقط من شدة الإعياء فهي لا تأكل بطبعها إلا أقل القليل.

وابنها عندما سمع كلامي في مرة من المرات ولم يغسل مفاتيح الشقة بعد عودته من مدرسته، أو بالأحرى قبل دخوله غرفتها، كان جزاؤه أنها فرضت عليه طول حياته معها في البيت نفسه أن لا يدخل من باب البيت إلا إلى الحمام حيث يستحم، لأنها لم تعد تكتفي بغسل يديه كما كانت وإن لم يفعل فهي ستضعه على قائمة من هم في حكم أبيه؟ هل تتخيل ذلك بسهولة يا دكتور؟ بل تخيل نحن مسلمون والتشاؤم حرام وعلى الرغم من ذلك هي يستحيل أن تخرج من بيتها ولا أن تسمح لابنها أو ابنتها بالخروج أبدا في يوم الجمعة لأن فيه ساعة نحس!! تخيل يا دكتور إنها تصر على رأيها حتى وإن كان حراما، وليس يوم الجمعة فقط إنها أيضا تتشاءم من الرقم ١٣، ولا تفسير عندها لذلك. وأصبحت أيضا تتشاءم من الرقم ٧. لأن الشقة التي تكرهها وتعاندني بسببها كانت في الدور السابع، إن رأسها كالحجر الصوان فهل عندك الدواء الذي يفلقه؟».

كانت نورا مكتئبة منذ ما يزيد على السنة ونصف السنة. ولم تخرج من البيت منذ ثلاث سنوات ولا قابلت أحدا عدا أبنائها وأخيها الطبيب ومرات زوجها: منذ ذلك التاريخ وكانت معظم الوقت على السرير بلا أي وسيلة تسلية وحياتها إما بكاء وإما طقوس لا معنى لها وإما نوم من شدة الإعياء: هذا ما قاله زوجها: وأضاف: «وتلك هي الحال والأمور هادئة وكل من في البيت يطيع أوامرها وابنها يذاكر وينجح وبنتها لم تتعثر إلا العام الماضي لأنها ترددت هي وأمها في تحويل أوراقها من مدرسة إلى مدرسة أخرى ولم أكن

أحتمل ترددهما لأنني كنت أنتظر منصبا مهما في الإدارة التي أعمل فيها، وكانت زوجتي الأخرى نزيلة في أحد المستشفيات وقلت لابنتي، دعي أمك تقم بتحويلك بنفسها، وانشغلت ونسيت! ولم تتحرك لا هي ولا أمها رغم أن ابنتي ليست بالصغيرة إنها على مشارف العشرين يا دكتور:.... وهاهي ضيعت سنة من عمرها: المهم أن تلك هي حالها ومن حولها مطيع مستسلم لا يتمرد، فما بالك بما يكون إذا دخلت أنا البيت إنها تصرخ لو خرجت عن النظام، هل هناك رجل تضع زوجته له النظام في بيته رغم أنفه؟ إنه أنا يا سيدي الطبيب! أنا لا أتوقع أنها يمكن أن تتغير إنها زوجتي وأنا أعرفها هل يمكن أن تستفيد من العلاج؟ أنا على استعداد للتعاون معك رغم أنني لا أصدق؟ هل يمكنني يا دكتور أن أحضر من ينظف الشقة التي يعيش فيها أولادي منتهزا فرصة وجودها في المستشفى؟ وعندما قابل الطبيب السيدة نورا بعد ذلك كانت قلقة مما يمكن أن يكون زوجها قد قاله عنها وبدا خوفها من أن يكون زوجها قد شوه صورتها عند الطبيب النفسي فأفهمها الطبيب أن مقابلة زوجها كانت مهمة وأنه يكون فكرته الأخيرة عن المريض من خلال ما يراه هو منه ولا يصدر أحكاما بناء على آراء الآخرين وبدا عليها شيء من الاطمئنان لذلك.

ويبين تاريخ هذه الحالة مدى التدهور الذي يمكن أن تصل إليه حالة اضطراب الوسواس القهري عندما لا تعالج، وعندما يستسلم أفراد الأسرة أو لا يقاومون أفعال المريض فقد بدأت المشاكل من الخوف الوسواسي من العدوى بالسرطان مع أنه غير معد أصلا Obsessional Phobia ثم تطورت إلى وساوس وطقوس التنظيف والغسل Cleaning & Washing Obsessions & Compulsions، ومن الواضح أيضا أن المريضة كفت عن مقاومة أفكارها التسلطية وأفعالها القهرية بل وصل الأمر بها إلى فرض ممارسة الطقوس نفسها على الآخرين لكي يمكنهم العيش معها: ثم تظهر في هذه الحالة أيضا ظاهرة من الظواهر التي لم تدرس علاقتها باضطراب الوسواس القهري في العرب ألا وهي الإيمان بالخرافات Superstitiousness مثل الاعتقاد في كون يوم ما أو رقم ما مشؤوما (وهو ما سوف نناقشه بالتفصيل في فصل التدين والوسوسة)، كما يتضح أيضا من تاريخ هذه الحالة وجود العناد والتمسك المفرط بالرأي وكذلك مقدار ما تفرضه الأم التي تعاني من اضطراب

الوسواس القهري على أبنائها وبناتها وأما ما يظهر كواحد من مضاعفات اضطراب الوسواس القهري فهو اضطراب الاكتئاب الجسيم. كما رأينا من قبل في حالة سارة (ممتلكات الشيطان). ومن حسن الحظ أن العلاج في الحالين واحد، فعلاجات الوسواس القهري الدوائية هي في الأصل عقاقير اكتئاب كما عرفنا في فصل العلاج، وقد أفهمها الطبيب أن ما تعاني منه هو الوسواس القهري إضافة إلى وجود اكتئاب جسيم شديد، وكلا الاضطرابين له علاقة بالآخر وكلاهما يزيد من حدة وشدة الآخر. وتستطيع بفضل الله إذا أرادت أن تقهر كلا المرضين بدواء واحد إذا قبلت الاستمرار فيه وصبرت عليه، خاصة أن الدواء سيزيد، بعد أسبوعين من استعماله، من قدرتها على تقبل الحياة ومن رغبتها في تحسين أحوالها وفي الاعتناء ببيتها ومن الشعور بالأمل بوجه عام: وأما المخاوف التي لديها والطقوس التي تجد نفسها مضطرة إلى ممارستها وفرضها على المحيطين بها فإن الدواء يستطيع بفضل الله بعد عدة أسابيع أن يقلل من ضعفها أمام أفكارها التسلطية تلك ويزيد من قدرتها على التخلي عن طقوسها القهرية وأنه يريد أن يتفق معها على برنامج علاج سلوكي تدريجي للتخلص من كل ذلك. وأجري العديد من جلسات العلاج السلوكي داخل المستشفى الذي كانت تقيم فيه، وكذلك بعد رجوعها إلى بيتها. وكان تعاونها مع المعالج جيدا. وبعد أربعة شهور من ذلك كان بمقدورها أن تخرج للشارع وأن تركب المواصلات العامة وبذلك عادت إلى عملها وأصبحت أكثر تقبلا لبيتها الذي انتهز زوجها وأولادها فرصة وجودها في المستشفى ونظفوه: لكنها ظلت على بعض عاداتها في الحرص والنظافة كأن تمسك مقابض الأبواب وصنبور المياه بالمنديل. ولم تستطع التخلص من بعض أفكارها كالتشاؤم من يوم الجمعة ومن الرقم ١٣. وهي طريقة في التفكير تبين أثناء العلاج أنها كانت تعيشها قبل حدوث المرض.

(١٢) «الراهب بحيرا والبوابة السوداء!»

كان حسين (وهذا ليس اسمه الحقيقي) في السنة الأولى من كلية أصول الدين التابعة لجامعة الأزهر الشريف، عندما أحضره أخوه الأكبر للطبيب النفسي. وكانت الشكوى من لسان أخيه هذا هي «إنه يأنف من كل شيء حوله كما أنه يستغرق وقتا طويلا في غسل يديه ووقتا طويلا في غسل أدوات طعامه وشرابه بشكل لم يعد يحتمل، وأصبح الآن يرفض الأكل عند أعمامه

ولا يأكل في البيت إلا وحيدا، وأما ما جعلنا جميعا نستغرب فهو أنه لم يعد يتوضأ إنه يتيمم للصلاة في حين أنه يستخدم الماء في كل شيء ! ثم إنه يقوم بالتفل كثيرا بلا مناسبة ويكرر ذلك في أماكن يتسبب مثل هذا الفعل فيها بالإحراج فضلا عما يمكن أن يتسبب به من المشاكل»

أما حسين فكان جالسا، وعلى وجهه نوع من الهدوء الذي يذكر المرء بالغيظ المكظوم. وكان وجهه يعطيك الإحساس بأنه: وجه مرسوم أو مرتب بدقة وشعره لامع ومنتظم ومفروق من الجانب الأيمن كأنه مفروق بالمسطرة!! وكان حاجباه الكثيفان منتظمين بشكل يبدو غريبا على كثافتهما، وعندما طلب الطبيب النفسي منه أن يتحدث عن نفسه طلب هو من الطبيب إخراج أخيه من غرفة الكشف وما أن خرج أخوه حتى بدأ في الحديث قائلا: «يا دكتور أنا منذ زمان طويل آنف من أشياء كثيرة وأكثر من غسل يدي. كما قال آخي، ولكن الأمر أخطر من ذلك أنا على أبواب الطرد من رحمة الله تعالى فمنذ قرأت قصة «الراهب بحيرا» وأنا أخاف أن أكون قد سجدت أو سأسجد للشيطان مثله، وكثيرا ما أقول لنفسي وما الذي سيجعلني أفعل ذلك ـ معاذ الله ـ فترد علي نفسي وما الذي يمنعني أو يعصمني من فعله وبأنني لا يمكن أن أكون أكثر إيمانا وثباتا من الراهب بحيرا، وأحيانا أحس أنني سجدت بالفعل للشيطان، خاصة أن إيماءة بالرأس تكفيه ولكنني أقول لا. أنا ذاكرتي جيدة وأحفظ العلوم بمجرد النظر ولا يمكن أن أنسى حتى رمشة عيني فيكون الرد أنني حتى وإن كنت لم أفعل فسوف أفعل لأن هذا قدري»

كان حسين مغرورق العينين مبتل الخدين ومهتز الشفتين فطلب منه الطبيب النفسي الهدوء لبعض الوقت وبعدها يستكمل حديثه ويفضل أن يتكلم عن موضوع آخر: لأن الطبيب آدرك كم المعاناة الذي هو فيه ولا داعي لتذكر الأشياء المحزنة الآن. وبعد قليل من الوقت قال حسين: «هل تعرف يا دكتور أنا خرجت بهذا العذاب من عذاب آخر كان يخيفني وكأنني خرجت من خوف ممن هم على الأرض إلى خوف ممن هو في السماء وفي الأرض سبحانه وتعالى، لقد كنت على شفة الجنون لأنني كنت اشتريت من القاهرة كتابا اسمه « البوابة السوداء» وكان ذلك عام ١٩٩٣عندما كان هذا الكتاب ممنوعا، ومن يومها وأنا أخاف من أن يقبض علي بتهمة التطرف مع أنني غير متطرف على الإطلاق. إلا مع نفسي وفي السر ـ حتى ـ والله. لكنني لا أقبل فكر

الجماعات الإسلامية وأستطيع أن أؤكد لك أن أحدا لم يرني وأنا أحمل الكتاب، لكنني كنت كلما هاجمتني هذه الفكرة أرتعد من رأسي إلى أخمص قدمي وأشعر بالدوار وأنا أتخيل نفسي يحدث لي مثل ما هو مكتوب أنه حدث للإخوان المسلمين، وتهاجمني فكرة تقول سوف تخطئ في كلماتك أمام المحققين في أمن الدولة وقد تخطئ في ترتيب الأحداث وسوف تضع حبل المشنقة حول رقبتك وهكذا. أسترسل في ما لا يرحمني من الأفكار السوداء وأظل أحاول طمأنة نفسي وتهدئة الفكرة بلا فائدة إلى أن يرحمني الله بالبكاء والنوم. كنت قبل ذلك مررت بفترة كنت فيها أكرر الوضوء وأشك في الطهارة و أكرر الاغتسال مرات ومرات ولم يكن يدري بي أحد . كل ما لاحظوه هو أنني أتأخر في الحمام بشكل مقلق وقلت لهم إنني أعاني من الإمساك، لكن هل تعرف على الرغم من أنني شاب قلبه معلق بالمساجد أو هكذا أحب أن أكون. هل تعرف يا دكتور لماذا انقطعت تماما عن الوضوء رغم وجود الماء ورغم أنني أستخدمه في غسل كل شيء؟ نعم فأنا أتيمم وقد حللتها لنفسي بنفسي، أفتيت يعني لنفسي، لأن عملية الوضوء بالمياه تضرني وهذا ما لم يحدث لأحد من المسلمين من قبل فقد يضرهم الماء لكن لا تضرهم طريقة الوضوء لكن أنا كانت تضرني طريقة الوضوء هل تصدق؟

نعم هو كلام يشبه الجنون لكنني لا أستطيع الفكاك منه. انظر يا دكتور أنا لا أستطيع الخروج من البيت إلى المسجد أو إلى غيره إلا وقد نظمت شعر رأسي وشعر حاجبي جيدا: فهناك الشعرة القائمة وهناك الشعرة النائمة وأنا أريده كله نائما هكذا في انتظام واتساق تامين. لقد هداني الله إلى «الكريم»، نعم الكريم الذي أصبحت بعد وضعه على شعر رأسي آستطيع تنظيمه وتصفيفه وفرقه في آقل من ربع ساعة بعد أن كان يستغرق ساعة على الأقل مع البكاء لكي ينتظم ولا تبقى منه شعرة واقفة في نشوز عن الشعر الآخر. نعم هكذا حللت مشكلة شعر رأسي لكن هناك مشكلة الشعر في حاجبي: فأنا أغسل كل حاجب منهما سبع مرات وما بين كل مرة ومرة أجففه بالمنشفة الصغيرة الخاصة بي وفائدة الغسل هي تليين شعر الحاجبين طبعا فيستجيب للضغط الرقيق بحد المنشفة ويتساوى. سبع مرات كانت دائما تكفي ولكنها تأخذ نصف ساعة على الأقل مني؛ ولا تسألني يا دكتور ولماذا لا تستخدم الكريم أيضا مع شعر حاجبيك لأن الإجابة مضحكة لكنها تعذبني ولا أستطيع

القطع بأنها فكرة لابد أن تخرج من رأسي رغم أنها غير صحيحة، أنا أعرف لكنني أخاف أن يتسبب وضع الكريم على شعر الحاجب في نمو شعر الحاجب إلى الحد الذي يجعله يطول كشعر الرأس فماذا سأفعل وأنت تعرف أن حلق أو تقصير شعر الحاجبين حرام على الرجال المسلمين. فماذا سأفعل لو وجدت شعر الحاجبين يطول ولا أستطيع تنظيمه ؟؟ لذلك كنت أخاف من الوضوء لأن الوضوء يعني أن تتخلل أصابعي من شعر حاجبي إلى شعر رأسي ثم تمر متخللة من شعر حاجبي إلى شعر رأسي ثم تمر من شعر حاجبي إلى شعر رأسي للمرة الثالثة، وهكذا ينتقل الكريم من شعر رأسي إلى شعر حاجبي وينمو شعر الحواجب بشكل لا أستطيع التحكم فيه!!! كلام مجانين أليس كذلك؟؟ لكنني لا أستطيع إبعاده عن ذهني ولا أستطيع التصرف إلا على أساسه !

هل تعرف يا دكتور أنا لم أستسلم لهذه الأفكار الشيطانية بسهولة أبدا لكنني. مثلا، قررت عددا من المرات بعد تفكير عميق وبعدما قارنت نفسي بزملائي الذين يعيشون حياتهم بسهولة ولا تعذبهم أفكار مثل أفكاري، قررت، مثلا، أن لا أغسل شعر حاجبي وأضغط عليه بالمنشفة إلا مرة واحدة وأخرج بعدها من الحمام: فهل تعرف ماذا حدث لي؟ لقد فعلت ذلك فعلا وخرجت، وكان ذلك وأنا في السنة الثالثة من المرحلة الثانوية، وكنت ملتزما بموعد الدرس الخصوصي. كنت أسير في الطريق وأنا في منتهى السعادة ولا أكاد أصدق أنني خرجت بعد مرة واحدة فقط من الغسل والضغط بالمنشفة. ولكن ذلك لم يدم طويلا فما أن وصلت إلى مكان الدرس حتى أحسست بأن شيئا ما بي غير مضبوط، وأحسست أن زملائي ينظرون إلي نظرة لا أفهمها. وبدأت أحس بكم كبير من التوتر ولكنني واصلت انتظار المدرس، وعندما بدأ المدرس في الشرح وطلب منا حل مسألة هندسية معينة وبدأ أحد الزملاء يستعرض معلوماته بشكل لم أستطع تحمله لا أدري لماذا انفعلت وطلبت بصوت عال أن يسكت لأنني أريد أن أحلها أنا. وعندما لاحظ المدرس كمّ توتري طلب من زميلي أن يسكت ومني أن أقوم بالحل، وعندما بدأت أتكلم شعرت بعدم القدرة على التجميع ولم أتمكن من مواصلة الكلام فقال لي المدرس: هدئ من نفسك يا حسين لماذا كل هذا التوتر؟ وكان ذلك بالطبع وسط نظرات الاستغراب والبسمات المتخفية من زملائي، وكل ذلك لأنني لم

أجهز نفسي جيدا قبل الخروج وكان ندمي كبيرا في الحقيقة، مشكلتي الأساسية هي أنني أخاف من النقد بشكل كبير وأحاول أن أظهر في صورة متناسقة ومضبوطة إلى أقصى ما أستطيع، وهذا أنا من يوم أن خلقني الله»: وهنا لاحظ الطبيب احمرار أطراف أصابعه فسأله ما بال أصابعك يا حسين؟: فأجاب حسين: « وهذه مصيبة أخرى من مصائب حسين فأنا آكل أظافري، نعم آكلها، ولا أستطيع التوقف عن هذه العادة التي بدأت معي منذ سن السادسة تقريبا، وكنت في البداية آكل أظافري لأنني قلق مثلا وليس لأنني جائع كما كان أهلي يسخرون مني ويتهمونني بالجوع، المهم أنني اكتشفت أن ذلك الفعل يهدئني كثيرا وأحيانا أفعله كلما شرد ذهني ولا أدري كيف لا أحس بالألم رغم أنني أحيانا أتسبب في نزيف الدم من أصابعي؟ كل ذلك كوم وما حدث في ذهني تجاه زوجة عمي كوم آخر، سأحكي لك يا دكتور: عمي هذا هو أصغر أعمامي ويكبرني بعشر سنوات ولكن زوجته التي تصغره بأحد عشر سنة والتي كانت مثلا أعلى في التدين بالنسبة إلي، إلا أنه تكرر منها عدة مرات أنها تشتكي لي من إهمال عمي لها ولا أدري لماذا أحسست بأن كلامها يحمل تلميحا بالإغراء لي: والحقيقة أنني انقطعت عن زيارة عمي هذا لمدة أسبوع وهو شيء غير معتاد في بلدنا فنحن في شارع واحد من القرية: المهم أنني عندما عدت لزيارة عمي شعرت في كلامها بنوع من التحدي وكأنها تعرف ما يدور في رأسي فقد قالت لي وهي تبتسم ابتسامة واثقة: وهل تظن أنك ستستطيع الاستغناء عنا؟ أنت واهم يا حسين. ومن يومها وأنا أتخيل نفسي خائنا لعمي وأخاف من المرور حتى من أمام بيته، بل إن الفكرة تهاجمني أحيانا وتقول إنني خنته بالفعل وإن عمي سوف يعرف في يوم من الأيام وسوف لا أتمكن من تبرئة نفسي!!! ألا يكفي ما ذكرته لك يا دكتور؟». فقال له الطبيب نعم يكفي لكن لا بأس من الزيادة يا حسين، خاصة أنك لم تفسر لي لماذا تأكل وحيدا في البيت ولماذا لا تأكل عند أعمامك؟ ولماذا تكثر من التفل في مواقف لا يليق بك أن تتفل فيها؟ فقال:

«أنا لا آكل بجوار أحد لأنهم جميعا يتكلمون أثناء الأكل وهو ما يتسبب في خروج الرذاذ من أفواههم وسقوطه في صحن الطعام، ولا يكفون عن الحديث إذا طلبت منهم ذلك: وأنا لا يمكن في بيت عم من أعمامي أن أطلب أن آكل وحيدا ثم أنني أخاف أن يتكرر ما حدث مع زوجة عمي الأصغر مع زوجات

أعمامي الأخريات، ما الذي يمنع لقد أصبحت أشك في كل النساء، وأما التفل فغصبا عني أنا أجد راحة عندما أتفل لأن الذباب كثير في بلادنا، كما أن إحساسي بالقرف والضيق يقل عندما أتفل إلى درجة أنني أحيانا أتفل لكي أهدئ من الأفكار التسلطية القذرة التي تنتابني، ثم أن هناك ما يستوجب التفل فهناك حديث للرسول عليه الصلاة والسلام يأمرنا فيه بذلك وأنا أحفظ ذلك الحديث الشريف وهو: ما رواه مسلم في صحيحه من حديث عمرو بن أبي العاص - رضي الله عنه - قال: قلت: يا رسول الله صلى الله عليه وسلم: إن الشيطان قد حال بيني وبين صلاتي يلبسها علي، فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم «ذاك شيطان يقال له خنزب، فإذا أحسسته فتعوذ بالله واتفل عن يسارك ثلاثا» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، ففعلت ذلك فأذهبه الله تعالى عني، فقال له الطبيب وهل ينتهي الوسواس بمجرد أن تفعل ذلك فقال حسين «بعض الأحيان وليس كلها، بل في الحقيقة أن ذلك ينفع معي في بعض الوساوس الجنسية بالذات ولكن ليس لدي خيار آخر يا دكتور»، فطلب منه الطبيب أن يحاول إخفاء ذلك على الأقل عن الآخرين ووعده بذلك حسين ثم استطرد قائلا: «أرجوك يا دكتور إن أهم شيء الآن هو خوفي من السجود للشيطان وكذلك من وسوسته لي فهل إذا كنت سجدت للشيطان فعلا هل يجب أن أمتنع عن الصلاة؟ أليس من يسجد للشيطان يصبح مطرودا من رحمة الله مثله مثل الشيطان؟ هل هناك فائدة إذن من الصلاة؟»، فقال له الطبيب: «لا يا حسين عليك بمواصلة الصلاة لأن في ذلك ما سوف يعينك بإذن الله على الخلاص من أفكارك التسلطية ومن أفعالك القهرية كلها»

وفي الجلسة التالية كان حسين يسأل الطبيب عن الطريقة التي يمكن بها أن يزيد من ثقته بنفسه بحيث يستطيع أن يثق بالفعل من أول مرة، وكيف تكون الطريقة التي يستطيع بها أن يتخلص من التردد؟ علما بأن التردد صفة منتشرة في عائلته فأعمامه كلهم يترددون، وحتى جده، نعم إنه يتذكر كيف كان جده ـ رحمة الله عليه ـ يقف أمام المرآة ويكثر من هندمة نفسه ويسأل من يقابله ما رأيك في شكلي؟ نعم ويعود يقف أمام المرآة إن لم تسرع بطمأنته، ويهندم نفسه، «تخيل يا دكتور أنه كان يهتم بتناسق ارتفاع الجيب الأيمن مع الجيب الأيسر للجلباب؟ مع أنني دائما كنت أرى أن الجلباب نوع

من الملابس التـي تحـوي عـدم الانتظام في تركيـبتـهـا، طبيـعتـهـا هكذا، إنمـا يا دكتـور هل هـي شـدة الحـرص؟ هل شـدة الحـرص على الشـيء أو علـى المعنـى هـي السبب فـي إصـابة الناس بالوسـواس؟ هل اهتمـامي بشـيء وإيماني الشـديد بـه واعتبـاري له شـيئـا جديرا بالتبـجيل هل هـذا هـو سـبب الوسـواس؟ إننـي أذكـر كيف كنت لمدة سنتين موسـوسـا بزوجـة عمي بدأت بأنني احترمتها ثم أصبحت أحس بمـا يشبـه الغيـرة عليهـا كـواحـدة من حـريم البيت تخص عمـي ولا أدري لماذا هـي بالذات؟ فهناك من زوجـات أعمامي ثلاث غيرهـا.

المهم أننـي لم أوسـوس إلا بهـا هـي، نعم وأصـبحت آخـاف عليهـا وأصـبحت أنصـحـهـا وأكـرر نصـحـي لهـا أيام كنت أصـاحب أعـضـاء الجـمـاعـة الدينـية فـي البلدة، نعم كنت أقوم بنصحهـا وأكـرر النصيحـة حتـى كادت تملني. وكنـت أخـاف آن يراها أحـد من الغـرباء، إلى درجـة أننـي كنت أمنعـهـا بشـتـى الطـرق من أن تخرج إلـى الشـرفة .... تخيل أننـي كنت أقوم أنا بنشـر الغسيل بدلا عنها أحيانا؟ كل من في البيت لاحظ ذلك يا دكتـور. !! نعم ولعلهم ردوه إلـى أننـي كنت مـعـجبـا بها إعـجـاب الشـاب بامـرأة. لكن والـله لا. والله مـا كنت أفـعل ذلك إلا من أجل رحـمـة نفسـي من الـوسـاوس التي تنتـابني لا مـحـالة لو أننـي تركـتـهـا تـخـرج إلـى الشـرفة، ولعل أحـد الغربـاء نظر إليهـا فرأى منهـا مـا لا يحب الرجل أن يرى من حريم بيته. هل لأنني كنت أحترمها وأجلها أصابنـي الوسـواس؟ آنا عندمـا أومن بشـيء آصل إلـى الوسـوسـة بهـذا الشـيء أليس كـذلك؟؟؟ عندمـا كنت أعـمل فـي الحـقل وأنا فـي سنـي مـراهـقـتـي كنت شـديد الحـرص على آلا آخـذ من برسـيم جـارنا أثنـاء عمليـة الحش (حصـاد البرسـيم بقطعـه بآلة تشبـه السكين قريبـا من أول السـاق). كنت لا أستطيع اسـتـخـدام الشـرشـرة في حش البـرسـيم قبل الحـد الفـاصل بين غـيطنا وغيط الجـار، لأننـي قـد آجـور وكنت آقطع أعـواد البـرسـيم بيـدي بالعـود علـى طول نصيـبـي من الحـد ولم يكن أحـد يفـعل ذلك من إخـوتي وأعمامي، كنت شـديد الحـرص على آلا أغضب الله نعم ولذلك كنت آوسـوس فـي هـذا الأمـر. فهل هـي شـدة الحـرص أم عدم الثقة بالنفس؟ قل لـي يا دكتـور!

وتاريـخ حـالـة حـسـين يبين الـعـديد من نماذج الأفكار التـسلطيـة وكـذلك الأفـعـال الـقـهـريـة والنـزوع إلـى الوصـول بكل شـيء إلـى مـسـتـوى من الاتسـاق والتـرتيب يجـاوز الـحـدود المعـتـادة، وكـذلك تظهـر طريقـة التـفكيـر التـي تمكن تسـميـتهـا بالتفكيـر السـحـري أو الخـيـالـي Magical Thinking. كمـا أنـه يقـدم

تفسيرا لما يمكن أن يتسبب في البطء الوسواسي المفرط وكذلك تظهر فيه حالة اضطراب قضم الأظافر Onychophagia الذي تبحث الدراسات الحديثة في علاقته باضطراب الوسواس القهري، وقد اتفق معه الطبيب على استخدام الدواء بانتظام، وظهر تأثير جيد للدواء على أفكاره التسلطية، حيث قلل من حدتها وعددها لكنه لم يستطع التقليل من بطئه الوسواسي ومن أفعاله القهرية إلا قليلا، ولم يكن تطبيق العلاج السلوكي المعرفي ممكنا لأسباب اقتصادية ورغم شرح الطبيب النفسي له لفكرة العلاج السلوكي المعرفي إلا أن خوفه ظل يحول بينه وبين تطبيق البرنامج السلوكي الذي نصحه به الطبيب، ولكنه استطاع بعد أن أقنعه الطبيب بإمكانية أن يكون التفل رمزيا أي دون أن يخرج من ريقه شيئا، لأن ما يراد هو المعنى وليس الفعل في حد ذاته، استطاع حسين أن يتخلص من التفل المتكرر الذي كان يتسبب في نقد الناس له بل شعورهم بالضيق والاشمئزاز منه.

يتضح من هذه التواريخ المرضية، ومن تلك التي ذكرت في الفصل الأول لحالات اضطراب الوسواس القهري كيف لا يعرف معظم الناس أنه مرض نفسي يمكن أن يوفق الله الطبيب النفسي في علاجه: وكثيرة هي الحالات التي لا تصل إلى الطبيب النفسي إلا بعد أن تكون قد تفاقمت وتدهورت حياة المريض على مستوى العمل والأسرة والعلاقات الاجتماعية، كل ذلك بالطبع زيادة على معاناته الشخصية. وينطبق هذا الكلام على المجتمعات البشرية كلها بما فيها المجتمعات الغربية ولكنه بلا شك أكثر حدة في مجتمعاتنا لأن هناك أناسا لا يعرفون بادئ ذي بدء أن الإسراف في التنظيف والترتيب أو التهيؤ « مثل تصفيف الشعر مثلا »هو اضطراب سلوكي ولا أقول إنه اضطراب نفسي، ولذلك ترى امرأة تسرف في التنظيف وإعادة التنظيف وتحرص على الترتيب وتلزم زوجها وأولادها بالحرص عليه ولا تعرف لا هي ولا أسرتها أن هنالك مرضا أصلا في سلوكها هذا!: وهناك من يسرف في تصفيف شعره أو غسل يديه ولا يعرف بالمرة أن هناك اضطرابا في سلوكه ذلك. وهناك خاصة في مجتمعاتنا من إذا عرف أنه مرض لم يعرف أنه مرض نفسي لأنه لا يرى في حياته أو في حياة المريض مشاكل نفسية هي في نظره ما يستدعي الإصابة بالمرض النفسي، ولذلك تراهم يلجأون إلى أي باب غير باب الطبيب النفسي فتكون النتيجة تأخير العلاج وزيادة المعاناة وتدهور

حالة المريض الأسرية والوظيفية والاجتماعية إلى أن يصل به المطاف إلى الطبيب النفسي، وتكون مهمة الأخير آصعب بالطبع لأن الحالة تكون مضاعفاتها كلها حدثت.

ثم إن قطاعا كبيرا من المرضى في مجتمعاتنا العربية يربطون بين الوسواس القهري وبين الشيطان ولقد أوضحت السبب في ذلك حسب رأيي في شرحي السابق لمعنى كلمة وسواس في اللغة العربية في الفصل الأول من الكتاب: فإذا أضفنا إلى ذلك طبيعة الأعراض التي يظهر بها اضطراب الوسواس القهري في بعض الحالات حيث تأخذ الأفكار شكل التجرؤ على المقدسات: أو شكل التشكك في إتمام آجزاء فرض ديني كالوضوء أو التكبير في بداية الصلاة، مثلا، لعرفنا لماذا يلجأ الناس إلى رجل الدين ليسألوه عن حالتهم ولالتمسنا لهم العذر في ذلك؛ والمشكلة ليست في لجوء الناس إلى الشيخ وإنما في ما يعرفه الشيخ عن الموضوع لأن اللبس الذي حدث بين الوسوسة في التراث الإسلامي (وسوسة النفس ووسوسة الشيطان) وبين الوسواس القهري جعلت أذهان الكثيرين من الشيوخ وممن يسمون أنفسهم معالجين بالقرآن الكريم غير مستعدة لتقبل وسواس آخر غير الذي يعرفونه، وما يعنينا هنا هو بيان أن الناس في بلادنا معذورون سواء كانوا من المرضى أو ممن يأخذونهم للشيوخ: خاصة إذا عرفنا أن العرب والمسلمين لم يكونوا الأمة الوحيدة التي فعلت ذلك؛ فاعتبار الوسواس مرتبطا بالشيطان ووضعه ضمن الإطار الديني بوجه عام فعله الإنجليز وغيرهم من الأوروبيين.

وفي بدايات تبلور الطب النفسي كتخصص من تخصصات الطب الحديث عندما أخرجه فرويد من عباءة الأمراض العصبية في النصف الأول من القرن العشرين كانت نظرة عامة الناس إلى الوسواس أنه متعلق بالدين وبالأرواح الشريرة بينما كانت النظرة الطبنفسية الأوروبية للوسواس نظرة حائرة إلى حد ما: فبعضهم رآه نوعا من أنواع العصاب وبعضهم رآه ممرا من العصاب إلى الذهان وبعضهم رآه منفصلا عن هذين القسمين الكبيرين للأمراض النفسية - حسب فهمهم آنذاك - أي أن علاقته بالجنون أو الذهان لم تكن قد فصل فيها بعد وظل الأمر كذلك حتى وضعه الأمريكان كواحد من اضطرابات القلق، وباعدوا ما بينه وبين الذهان إلى حد كبير إلا أن هذه القضية لا تزال إلى يومنا هذا أبعد ما تكون عن الحسم.

هل هناك أنواع من اضطراب الوسواس القهري ؟

الحقيقة أن قراءة هذه الحالات إضافة إلى الحالات الذي ذكرتها من قبل في شرحي لمعنى الوسواس ومعنى الفعل القهري والحالات التي سيرد ذكرها عبر فصول الكتاب إنما تعطي انطباعا باحتمال أن تكون هناك أنواع من اضطراب الوسواس القهري ويأمل الأطباء النفسيون من خلال محاولاتهم لتقسيم مرضى الوسواس القهري أن يصلوا إلى فهم أدق وأعمق لهذا الاضطراب لعلهم يستطيعون مساعدة مرضاهم بشكل أفضل. إلا أن محاولات تقسيم مرضى اضطراب الوسواس القهري إلى عدة أقسام لا تزال دائرة بلا حل نهائي يرضي الجميع فهناك على سبيل المثال لا الحصر:

(١) تقسيم على أساس سن بداية الأعراض، فهناك حالات تبدأ فيها الأعراض في سن الطفولة (أي قبل سن العاشرة) وهناك حالات يتأخر فيها ظهور الأعراض (فتظهر لأول مرة بعد سن السابعة عشرة)، ويتوقع البعض أن تكون الحالات التي تظهر فيها الأعراض مبكرا ذات علاقة بانحراف ما في نمو المخ، مثلا. خاصة أن لها علاقة باضطراب توريت واضطراب العرات المزمن وغيرها من الاضطرابات النفسية في الأطفال. وقد أظهرت دراسات عديدة أن النوع الذي يبدأ مبكرا أي قبل سن العاشرة إنما يعتبر أسوأ مآلا من النوع الذي يبدأ متأخرا بعض الشيء.

(٢) تقسيم على أساس علاقته بالتهاب اللوزتين في الأطفال كشكل من أشكال الحمى الروماتيزمية. وهذا التقسيم ينتج نوعين من اضطراب الوسواس القهري: أحدهما يعتبر أحد مضاعفات عدوى الحلق بالبكتريا العقدية ويحدث بالضبط كما تحدث الحمى الروماتيزمية. وأما النوع الآخر فلا علاقة له بالتهاب اللوزتين.

(٣) تقسيم على أساس علاقته باضطراب العرات Tic Disorder أو اضطراب توريت، والعلاقة مع اضطراب العرات قد تكون علاقة تصاحب مرضي، وقد تكون علاقة من خلال المادة الوراثية بمعنى أن الاضطرابين يوجدان في العائلة نفسها ولكن الطريقة التي يحدث بها انتقال هذه المادة الوراثية عبر الأجيال لا تزال الدراسات تحاول فك أسرارها.

(٤) تقسيم على أساس نوعية الأعراض الموجودة مثلا هل هي أفكار تسلطية فقط أو هي أفعال قهرية فقط، بل وفي حالة الأفعال القهرية هل هي طقوس غسل فقط، أم طقوس تكرار فقط وهكذا. ثم تجرى محاولات لكشف

ارتباط اضطراب الوسواس القهري المتميز بنوعية معينة من الأعراض بالاضطرابات الأخرى المعروفة بتداخلها مع اضطراب الوسواس القهري وراثيا أو تشخيصيا أو علاجيا.

فمثلا وجدت دراستان (Leckman et al, 1994) و(Leckman et al,1997) استخدمتا التحليل العاملي أن أربعة عوامل هي المسؤولة عن ٦٠٪ من تباين الأعراض في عينتين من مرضى اضطراب الوسواس القهري وكانت هذه العوامل الأربعة هي:

١ـ أفكار التحقق التسلطية وأفعال التحقق القهرية. Obsessions and Checking

٢ـ أفكار النظافة التسلطية وأفعال الغسل القهرية Cleanliness and Washing

٣ـ أفكار التناسق التسلطية وأفعال التنظيم والترتيب القهرية Symmetry and Ordering

٤ـ أفعال التخزين القهرية Hoarding.

بينما وجدت دراسة أخرى (Baer ,1994) ثلاثة عوامل ربما تمثل ثلاثة أنواع من المرضى وهذه العوامل هي:

١ـ التناسق أو التخزين Symmetry or Hoarding وكان المرضى في هذا القسم بالذات أكثر ارتباطا باضطراب الشخصية القسرية وباضطراب العرات المزمن أو اضطراب توريت (Attiullah et al 2000)

٢ـ التلوث أو التحقق Contamination or Checking

٣ـ أفكار تسلطية خالصة Pure Obsessions خاصة المتعلقة بمواضيع الأفكار العدوانية أو الجنسية أو الدينية

ورأى آخرون (Rasmussen & Eisen,1994) أن هناك ثلاث خواص جوهرية لاضطراب الوسواس القهري هي:

١ـ التقييم المفرط للخطر Abnormal Risk Assessment ويوجد عند هؤلاء المرضى كم أكبر من القلق مقارنة بغيرهم، كما أن لديهم احتمالا أكبر لوجود تصاحب مرضي (أي أن المريض باضطراب الوسواس القهري من هذه الفئة يعاني من مرض نفسي آخر مصاحب) مع أحد اضطرابات القلق Anxiety Disorders كاضطراب نوبات الهلع Panic Disorder أو اضطراب الرهاب أو الخواف الاجتماعي Social Phobia أو اضطراب القلق

المتعمم Generalized Anxiety Disorder أو مع اضطراب الشخصية الاجتنابية Avoidant Personality Disorder أو اضطراب الشخصية الزورانية Paranoid Personality Disorder.

٢- الشك المرضي Pathologic Doubt وقد يكون لذلك أيضا علاقة بالغيرة المرضية، وباضطراب الشخصية الزورانية أو الشخصية الفصامية النوع Personality Disorder Schizotypal.

٣- عدم الاكتمال Incompleteness ويوجد عند هؤلاء المرضى كم أقل من القلق لكن التصاحب المرضي هنا يكون مع اضطراب الشخصية القهرية أو مع اضطرابات العرات أو اضطرابات العادات والنزوات مثل هوس نتف الشعر أو قضم الأظافرأو نقر الجلد المتكرر.

(٥) تقسيم على أساس وجود البصيرة من عدمه: فيكون عندنا اضطراب وسواس قهري مع وجود بصيرة سليمة، واضطراب وسواس قهري مع بصيرة مشوهة، ويقال ذلك في حالة تحول الفكرة التسلطية إلى فكرة مبالغ في تقديرها Over-Valued Idea أو إلى فكرة ضلالية Delusional Idea ويتوقع أن يتطلب هذا النوع الذي تختل فيه البصيرة تدخلا علاجيا مختلفا عن التدخل العادي، حيث يحتاج المريض إلى أدوية تعمل على ناقل عصبي آخر غير السيروتونين وهو الدوبامين.

(٦) تقسيم على أساس وجود علاقة باضطراب الفصام أو اضطراب الشخصية الفصامية النوع، ويعتبر وجود مثل هذا النوع من التصاحب المرضي منبئا بسوء المآل المرضي لهذا النوع من الوسواس كما قد يتطلب إضافة عقار مضاد للدوبامين كما في الحالات التي تختل فيها البصيرة.

وليست هذه هي كل التقسيمات المقترحة لاضطراب الوسواس القهري ولكنها أشهرها فمثلا هناك من يقسمون على أساس تخطيط المخ الكهربي (Prichep et al 1993) وعلى أساس المسار المرضي أو الاستجابة للعلاج أوغير ذلك، ولا تزال نتائج الأبحاث في هذا الموضوع بعيدة عن الوصول إلى حقائق ثابتة، ولعل السبب في ذلك أن طريقة التقسيم المتبعة اليوم، في معظم إن لم يكن كل الدراسات العلمية الغربية، هي تلك التي تحاول إقامة ما يشبه السياج حول كل فئة من فئات الأعراض النفسية ويريدون وضعها في قالب منفصل

وكأنها مستقلة عن غيرها دون أن تكون أي تحيزات لنظرية ما عن الأسباب موجودة في ذهن الباحثين (كما يدعون هم لأن الحقيقة هي أنهم متحيزون للمادة)، هذه الطريقة هي طريقة لا تؤدي إلا إلى تراكم وتكدس المعلومات ولكنها لا تستطيع البت في الكثير من الحالات التي يقابلها الأطباء النفسيون خلال عملهم لأنهم يقابلون ما لا يتوافق مع أي من الفئات أكثر مما يقابلون من تناسبهم القوالب الجامدة.



3 الأمراض النفسية: لماذا وكيف؟!

أصبح الكلام عن أسباب المرض في الطب النفسي مختلفا بشكل لافت في السنوات الأخيرة، فبعد أن كان الأمر متعلقا بالتفسيرات التي تقدمها مدارس علم النفس المختلفة (كما سنبين في القسم الثاني من هذا الفصل)، أصبحت التفسيرات المعاصرة متعلقة بالتغيرات الكيميائية وربما التركيبية في المخ، ولعل لذلك العديد من الأسباب من أهمها:

(١) تطور تقنيات تصوير المخ تركيبيا بالأشعة المقطعية بالكمبيوتر Computed Tomography Scan، وبالرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Imaging، ووظيفيا باستخدام النظائر المشعة المختلفة Isotope Scanning ومن خلال المسح الطبوجرافي للمخ Brain Mapping الذي يبين النشاط الكهربي للمخ، والتصوير الطبقي بقذف البوزيترون Positron Emession Tomography، وكذلك التنظير الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Spectroscopy بحيث أصبح من الممكن معرفة اختلافات التركيب والحجم في بعض أجزاء المخ ومقارنتها ما بين

«إن الوسواس عرض ليس بمعروف السبب وليس بالحقيقة علة موجبة. وإنما هو شيء يقع في طباع بعض الناس من قبل مولده

ابوزيد البلخي

المرضى وبين الأصحاء، وكذلك معرفة التغيرات الوظيفية في هذه المناطق من المخ، بل وأمكن التعرف على تأثير استخدام الأدوية النفسية في الوظيفة وفي التركيب أيضا.

(٢) اكتشاف العديد من العقاقير الدوائية وتطور علم الأدوية الذي يشرح كيفية عمل الدواء وكيفية توزيعه في الجسم البشري؛ مما مكن الأطباء النفسيين من اكتشاف التغيرات الكيميائية التي تحدث في الوصلات العصبية في المخ البشري عند استخدام العقاقير النفسية بشكل منتظم، والتي تصاحب التحسن في حالة المريض النفسية، ومكنهم بالتالي من استنتاج التغيرات الكيميائية التي تحدث عند المرضى أثناء وجود الأعراض النفسية على طريقة أنه إذا كان الدواء الذي يزيد من تركيز المادة مثلا «أ» في الوصلات العصبية المخية يؤدي إلى تحسن المريض بالوسواس القهري: إذن فسبب الوسواس القهري هو نقص المادة «أ» في بعض مناطق المخ.

(٣) طبيعة العقاقير الدوائية الحديثة التي تتناغم مع متطلبات البحث العلمي المادي في العصر الحديث، والتي تختلف عن طبيعة الطرق العلاجية النفسية القائمة على طرق التحليل النفسي وما شابه، فقد أدى تراكم المعلومات الطبية والدراسات العلمية، التي وجدت في استخدام الدواء بجرعة محددة وملاحظة نتيجته - بطريقة ملاحظة علمية وبصورة قابلة للقياس وشكل يسمح بتكرار التجربة - إلى جعل البحث العلمي، باستخدام الأدوية، ممكنا لكل الأطباء النفسيين. وهذا ما لم تستطع أي طريقة من طرق العلاج النفسي تحقيقه، اللهم إلا العلاج السلوكي المعرفي، وحتى هذا النوع من العلاج أصبح يفسر الآن بصورة مادية، فيفسرون التغير الذي يحدث للمريض أثناء العلاج السلوكي بأنه ناتج عن تغيير الكيمياء في المخ بالضبط كما يفسر عمل الدواء، حتى أنه ظهرت في الآونة الأخيرة دراسات تثبت أن العلاج السلوكي يحدث في المخ نفس ما يحدثه العقار الدوائي فيه، وبالتالي أصبح الكلام عما يقاس وما هو قابل للتكرار - إذا توافرت الظروف نفسها للتجربة - هو الكلام العلمي، وما غير ذلك لم يعد يحظى باهتمام الباحثين.

نتج عما سبق أن أصبح الكلام عن أسباب المرض في الطب النفسي يستدل بالأدوية وبطريقة عملها، بشكل يجعل المرض النفسي نتيجة لخلل كيميائي في المخ وإصلاح ذلك الخلل هو العلاج: وعلى الرغم من تحفظ العديد من الأطباء

النفسيين تجاه ذلك وتجاه القبول بتغليب المادة على المحسوس في الإنسان، لما يؤدي إليه ذلك من تحول السلوك الإنساني إلى سلوك مادي خالص في نهاية الأمر؛ على الرغم من ذلك كله إلا أن انتصارات الأدوية المتتالية وتراكم الأبحاث المتلاحقة التي تثبت وتعيد إثبات أن الخلل الكيميائي موجود في مرض معين، وأن الدواء المعين يصلح ذلك الخلل فيحسن حالة المريض النفسية: كل ذلك يجعل صوت الدواء هو الغالب، أضيف إلى ذلك أنني، وإن كنت سأقوم بسرد ما لدينا من معلومات علمية قائمة على أبحاث توافرت لها شروط البحث العلمي المنهجي حول أسباب اضطراب الوسواس القهري، أضيف أنني أحب أن أذكر بأنها كلها أبحاث يقوم بها البشر، أي أنها كما يوقن أصحابها أعمال بشرية تحتمل الخطأ والصواب ولا تدعي لنفسها الوصول إلى مستوى الحقائق المطلقة! أقول ذلك لأن ميزة من أهم ميزات الفكر الغربي - بوجه عام - هي اعتراف معظم أصحابه بأنه فكر إنساني يحتمل الخطأ ويحتمل الصواب، وأنها - كأبحاث علمية - ليست نهائية ولا يمكن أن تكون نهائية (وائل أبوهندي، ٢٠٠٢ج): لكنها للأسف عندما نقرأها نحن العرب نعتبرها كذلك، على رغم أن اعتبار الفكر الإنساني حتى إن قام على التجربة العلمية نهائيا إنما يخلع على البشر ما ليس فيهم، فضلا عن أنه يعطل التفكير والإبداع.

أولا: الأسباب (العلية، لماذا؟): Etiology

أستطيع في هذا الفصل، الذي أجمل فيه النظرة إلى اضطراب الوسواس القهري، أن أقدم في النقاط التالية نظرة سريعة مجملة لنتائج البحث العلمي والنظريات النفسية المختلفة حتى وقت كتابة هذه السطور، فيما يتعلق بأسباب الوسواس القهري، إضافة إلى المعطيات الفكرية التي أستطيع النفاذ إليها من هذه النتائج العلمية في حدود قدراتي بالطبع، ثم أضيف محاولات الفهم المختلفة المسماة بالسيكوباثولوجيا في القسم الثاني من الفصل:

(١) الناقلات العصبية

يتصدر الكلام عن الناقل العصبي السيروتونين Serotonin اليوم معظم الكلام المكتوب عن أسباب الوسواس القهري منذ ما يزيد على عقد من الزمان وإن كانت هناك عبارة يضيفها العقلاء هي: «أن كون تغيرات السيروتونين هي

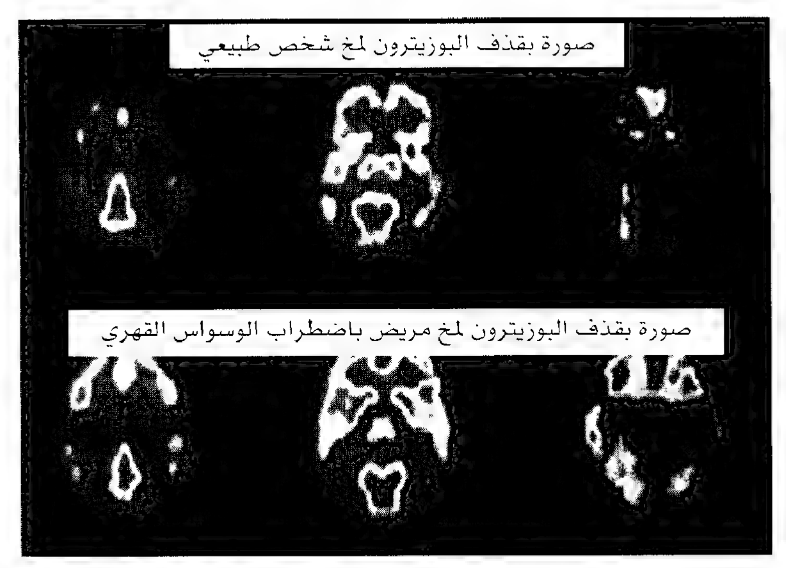
السبب المباشر أو لا غير معروف حتى الآن»، لكن الأبحاث العلمية المستمدة من التجارب على الأدوية تؤكد أن استعمال الأدوية التي تزيد من تركيز السيروتونين في المخ يؤثر تأثيرا إيجابيا في تحسين حالة المريض: وآخر هذه التصورات العلمية لسبب تحسن أعراض المريض باضطراب الوسواس القهري بعد فترة من استخدامه لعقار يثبط استرجاع السيروتونين من المشابك العصبية هو أن هناك خللا ما في عمل السيروتونين في المشابك العصبية لهؤلاء المرضى. وهذا الخلل قد يكون زيادة حساسية Hypersensitivity مستقبلات السيروتونين البعمشبكية Synaptic 5-HT receptors–Post، أي مستقبلات «٥-هت» البعمشبكية. إذا أردنا أن ننحت لها اسما عربيا. ويرون في ذلك تفسيرا لتأخر التأثير الذي يحسه المريض على الأعراض لمدة ربما وصلت إلى عشرة أسابيع وربما أكثر. في حين أن التأثير الفارماكولوجي للعقار يحدث بعد ساعات من تناوله. كما أن التحسن الذي يحدثه العقار نفسه في معظم الحالات في مرضى الاكتئاب الجسيم إنما يجيء بعد أسبوعين أو ثلاثة من استخدام العقار الدوائي بانتظام. وهناك دراسات تشير إلى وجود نقص في ناقل عصبي آخر هو النورآدرينالين Noradrenalin وهناك علماء يرون أن البحث المستقبلي في أسباب الوسواس القهري قد يتناول ناقلات عصبية أخرى كالدوبامين Dopamine والأستيل كولين Acetylcholine.

(٢) دراسات تصوير المخ

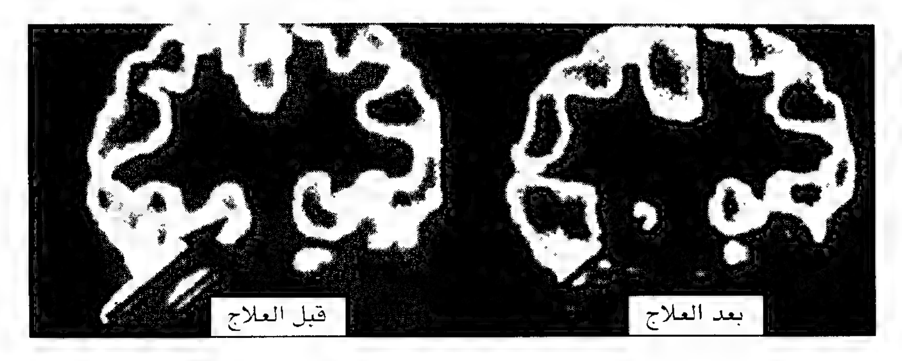
يجيء الكلام بعد ذلك عن تصوير المخ الوظيفي، مثلا التصوير الطبقي للمخ بقذف البوزيترون Positron Emession Tomography. ومن خلال استخدام النظائر المشعة Isotope Scanning. وحديثا باستخدام التنظير الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Spectroscopy. وكذلك التصوير الوظيفي باستخدام الرنين المغناطيسي Functional Magnetic Resonance Imaging. وهذه التقنيات تعطي فكرة عن معدل النشاط (عمليات الأيض أو معدل تدفق الدم) في مناطق المخ المختلفة. وقد أظهرت الدراسات زيادة في معدل نشاط فصوص المخ الأمامية، ومعدل نشاط النوى القاعدية خاصة النواة المذنبة أو المذيلة Caudate Nucleus، وكذلك منطقة الحزام Cingulum في مرضى اضطراب الوسواس القهري مقارنة بغيرهم من الناس. وأوضحت بعض الدراسات أيضا أن العلاج الدوائي،

وكذلك العلاج السلوكي للحالة، يعيدان نشاط هذه المناطق إلى حالته الطبيعية: كما أن نتائج هذه الدراسات التصويرية الوظيفية جاءت متماشية مع نتائج الدراسات التصويرية التركيبية.

ويوضح الشكل (١) مقارنة بين صورة المخ في الإنسان الطبيعي وفي المريض بالوسواس القهري، كما يوضح الشكل (٢) مقارنة بين صورتي المخ بقذف البوزيترون قبل العلاج وبعده.



الشكل (١): مقارنة ما بين صورة المخ في الإنسان الطبيعي وفي المريض بالوسواس القهري



الشكل (٢): مقارنة بين صورتي المخ بقذف البوزيترون قبل العلاج وبعده



(٣) العوامل الوراثية

بينت دراسات عديدة وجود تأثير واضح للوراثة في اضطراب الوسواس القهري فهو أكثر في التوائم المتماثلة (٣٣٪ ـ ٦٣٪) عنه في التوائم غير المتماثلة (٧٪)، وإن كانت بعض الدراسات قد أشارت إلى غير ذلك؛ وتكون العوامل الوراثية أكثر وضوحا في الحالات التي يبدأ فيها ظهور الأعراض قبل سن الرابعة عشرة؛ كما أن نسبة الإصابة بالوسواس القهري في أفراد عائلة المريض أعلى منها في أفراد المجتمع العاديين، حيث وصلت إلى ٣٥٪ في الأقارب من الدرجة الأولى، مقارنة بنسبة ١٪-٣٪ في أفراد المجتمع العاديين: كما أن نسبة وجود اضطراب الوسواس القهري في آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون الوسواس القهري تصل إلى ١٨٪.

إلا أن هذه الدراسات، بالطبع، لم تستطع حتى الآن الفصل بين ما هو وراثة خالصة متعلقة بالمادة الوراثية «الجينات»، وبين ما هو ناتج عن ظروف بيئية أو ثقافية لعائلة معينة، خاصة أنه لم تجر حتى الآن دراسات التبني Adoption Studies (وتعني أن يربي والد موسوس أطفال والد غير موسوس أو العكس)، التي ربما تعطي بعض الإشارات على هذا الموضوع. وأما محاولات إيجاد ارتباط بأحد المواقع الجينية فلم تعط حتى الآن نتائج واضحة أو أكيدة نظرا لصعوبة هذا النوع من الدراسات إضافة إلى تضارب نتائجها، سواء في وراثة الاضطراب نفسه أو المادة الجينية المسؤولة عن تشكيل مستقبلات السيروتونين (Bella et al.,2002). ومن تراثنا العربي يقول البلخي (٨٥٠-٩٣٤ ميلادية): «إن الوسواس عرض ليس بمعروف السبب وليس بالحقيقة علة موجبة، وإنما هو شيء يقع في طباع بعض الناس من قبل مولده» (أبو زيد البلخي، ١٩٨٤)، فكأنه يشير منذ القرن التاسع/ العاشر الميلادي من طرف خفي إلى عامل الوراثة كمسبب للوسواس القهري.

(٤) دراسات الفسيولوجيا العصبية أو علم الفسلجة العصبي
Neurophysiological Studies:

تظهر دراسات رسم المخ أثناء النوم في مرضى الوسواس القهري سرعة دخول المريض في نوم حركة العين السريعة، وهو ما يحدث أيضا في مرضى الاكتئاب الجسيم، كما أظهرت دراسات رسم المخ وجود اختلافات في نشاط

المخ الكهربي بين مريض الوسواس القهري والأشخاص العاديين. وقد قام أحمد عكاشه بدراسة عن نمط النوم (Okasha et al 1996) لدى مرضى الوسواس القهري كما قام بدراسة التخطيط المخي (Okasha & Raafat 1990,1991) لمرضى اضطراب الوسواس القهري في دراستين متتاليتين وأظهرت نتائج الدراستين وجود اختلافات في نشاط المخ الكهربي لدى أولئك المرضى؛ كما قامت جيهان النحاس ضمن أطروحتها للدكتوراه بدراسة فرق الجهد الحثي Evoked Potential في هؤلاء المرضى، وكذلك أجريت دراسة في جامعة الزقازيق ـ فرع بنها تمت فيها دراسة المسح الطبوجرافي لمرضى اضطراب الوسواس القهري (Oransa , 1992). وكل هذه الدراسات تشير إلى وجود اختلافات في النشاط الكهربي لأدمغة مرضى اضطراب الوسواس القهري، إلا أن هذه الاختلافات لا تصل إلى مستوى الثبات والتكرار اللازم لاعتبارها سمة مميزة لاضطراب الوسواس القهري.

(٥) التغيرات الهرمونية

وهنا تعيدنا المعطيات إلى احتمال وجود علاقة بين الوسواس القهري والاكتئاب، حيث تشابه استجابة مريض الوسواس القهري لمادة الديكساميثازون استجابة مريض الاكتئاب الجسيم، فلا يحدث الهبوط المنتظر في هرمون الكورتيزون في الدم بعد حقن المريض بالديكساميثازون، وذلك في نسبة تصل إلى ٢٥٪ من مرضى الوسواس القهري، يضاف إلى ذلك ملاحظات العديد من الأطباء النفسيين على المريضات باضطراب الوسواس القهري اللاتي تظهر عليهن الأعراض لأول مرة أثناء الحمل، وربما يكون تفسير ذلك هو التغيرات الهرمونية المصاحبة للحمل.

وتشير الدراسات الحديثة (British Columbia Reproductive Mental Health Program, 2002) إلى نوع من الزيادة في عدد النساء اللائى يعانين أعراض اضطراب الوسواس القهري مرتبطا بالحمل بنسبة ١٪ أو بالولادة (أي خلال فترة ستة أشهر بعد الولادة) بنسبة ٢ـ ٣٪، ودون أن يكون مصحوبا بأعراض اكتئاب جسيم أو أي من اضطرابات القلق (أي في غياب التصاحب المرضي Comorbidity المشهور مع الاكتئاب أصلا بعد الحمل)، ومعنى ذلك أن النسبة أكبر من النسب المذكورة أصلا، وإن لم يكن معروفا حتى الآن إن كان ذلك يمثل

زيادة حقيقية أم أنه تعبير عن زيادة وعي النساء باضطراب الوسواس القهري. لكن الباحثين ينصحون كل سيدة حامل لها تاريخ مرضي مع الوسواس أو لأسرتها تاريخ مرضي مع الوسواس أو أنها أصلا تعاني الوسواس، أن تدخل أي برنامج علاجي للوسواس، سواء كان دوائيا أو معرفيا سلوكيا، لأنها إن لم تفعل فأعراض وسواسها ستزيد حدة طوال الحمل، وينصحونها أيضا بأن تهتم بالعلاج خاصة أن نسبة تعرضها لاكتئاب جسيم ما بعد الحمل أعلى بكثير من المرأة التي لا تاريخ لها مع اضطراب الوسواس القهري.

(٦) نظريات التعلم

ومفهوم التعلم المقصود هنا أكبر من مفهوم التعليم الدراسي الضيق الذي نعرفه؛ فالتعلم بمعناه السيكولوجي هو «كل تغير دائم في السلوك ناتج عن تغير في العمليات المعرفية». وبهذا المعنى يرى أصحاب المدرسة السلوكية في علم النفس أن فكرة ما تصبح فكرة تسلطية تسبب القلق والتوتر بسبب ارتباطها بفكرة أخرى تسبب القلق والتوتر بطبيعتها: والحقيقة أن هذا التصور لا يستطيع في معظم الأحيان أن يفسر لنا نشأة الفكرة التسلطية، خاصة عندما يتعلق الأمر بالفكرة الأولى بالنسبة إلى المريض. أما من ناحية تفسير المدرسة السلوكية لحدوث الفعل القهري فهو إلى حد ما أكثر منطقية، حيث يرون أن الشخص يكتشف قدرة فعل معين على تقليل القلق والتوتر المرتبطين بفكرة تسلطية ما، ويجد الشخص نفسه يكرر ذلك الفعل إلى أن يصبح فعلا قهريا بالتدريج: وهو رأي جدير بالاعتبار في الحقيقة لأنه يفسر الكثير من الظواهر التي تحدث في مريض الوسواس القهري، لكنه يعجز عن تفسير لا منطقية أو لا معقولية الرابطة بين الفكرة التسلطية والفعل القهري المصاحب لها في كثير من المرضى، والحقيقة أن تطورا كبيرا قدمه التطور المعرفي للنظرية السلوكية في علم النفس مما كان له تأثير كبير في الممارسة الإكلينيكية في الطب النفسي، بحيث أصبحت الطريقة التي يفكر بها المريض، التي يستجيب بها لأعراضه، من أهم النقاط التي يجب على الطبيب النفسي تحليلها والوصول إلى الأفكار التلقائية المختبئة وراءها، وقد أثبتت طرق العلاج المعرفي السلوكي من خلال نجاحها في علاج مرضى اضطراب الوسواس القهري أن العوامل المعرفية هي من أهم العوامل المؤثرة في مآل الحالة المرضية للمريض باضطراب الوسواس القهري.

(٧) سمات الشخصية قبل المرضية

كانت ملاحظات الأطباء النفسيين قبل نحو ثلاثة عقود من الزمان تشير إلى علاقة ما بين الشخصية القسرية أو اضطراب الشخصية القسرية، وبين اضطراب الوسواس القهري، بمعنى أن شخصية المريض باضطراب الوسواس القهري غالبا ما تكون شخصية قسرية قبل بداية المرض: إلا أن الدراسات الحديثة لم تثبت ذلك، وأشارت إلى أن ما بين ٦٥٪-٨٥٪ من مرضى اضطراب الوسواس القهري ليسوا من أصحاب الشخصية القسرية ولا من أصحاب اضطراب الشخصية القسرية: أما ما وجده الباحثون المصريون (Okasha et al 1996) في دراستهم فقد بين أن سمات الشخصية القسرية توجد في نسبة تصل إلى ٣٢٪ من المرضى، بينما توجد في ٥١٪ من أقارب المريض باضطراب الوسواس القهري، إلا أن أحدث الدراسات العربية التي بحثت هذه النقطة (Okasha , 2001)، وهي دراسة عكاشة قد خلصت إلى نتائج تفيد أن وجود سمات قسرية في الشخصية قبل المرضية ليس أمرا كثير الحدوث.

(٨) نظرية التحليل النفسي

وهنا مكانها الجديد بعد أن كانت أول الكلام حتى عقدين من الزمان، وربما كانت في وقت من الأوقات هي الكلام الوحيد النفسي الذي يقال لتفسير الوسواس القهري. تكلم فرويد عن ثلاث من الحيل النفسية الدفاعية وهي:

(١) العزل Isolation. (٢) الإبطال Undoing. (٣) التكوين العكسي Reaction Formation

فأما العزل فيعني عزل الفكرة عما يرتبط بها من مشاعر واندفاعات، بحيث يتم كبت المشاعر والاندفاعات في لا وعي الشخص، بينما تبقى الفكرة بلا مشاعر في وعيه. ومعنى ذلك هو أن الفكرة التسلطية في الوعي تكون في حقيقتها منفصلة عما يرتبط بها في الأصل من مشاعر في لاوعي المريض، وأما الإبطال فهو ما ينتج من عدم نجاح العزل أو نجاحه جزئيا، بحيث يكون هناك خوف لا واع عند الشخص من خروج المشاعر والاندفاعات إلى الوعي. فهو يفعل فعلا قهريا بحيث يمنع به أو ينقض أو يلغي ما يحس به على مستوى اللاوعي من خروج للمشاعر إلى الوعي، وما قد ينجم عن ذلك. وأما الحيلة الدفاعية الأخيرة وهي التكوين العكسي فيرى فرويد أنها لا تكون مسؤولة عن الأعراض المباشرة، أي الوساوس أو الأفعال القهرية، وإنما تكون

مسؤولة عن السمة العامة التي يلاحظها المحلل النفسي في اضطراب الوسواس من تناقض صارخ بين اندفاعات اللاوعي والتصرفات التي يفعلها المريض واعيا.

وليس هذا كل شيء: لأن البناء الفكري الذي وضعته مدرسة التحليل النفسي لشرح أسباب الوسواس القهري يرجع الأمر، في ذلك، إلى التثبيت عند الشق السادي من المرحلة الشرجية للنمو النفسي الجنسي، ألا وهي الفترة التي نتعلم فيها النظافة والتقيد بالنظام الاجتماعي لأول مرة في حياتنا، وعندما يكبر الشخص الذي يحمل تاريخ نموه النفسي فترة تثبيت عند هذه المرحلة، ويتعرض لضغوط نفسية في أي مرحلة من حياته، تظهر عليه أعراض المرض التي ترتبط بشكل أو بآخر باستعادة معاناته النفسية القديمة، وتكون هي أعراض اضطراب الوسواس القهري، وأنا بالطبع أدرك أنني أختصر اختصارا مخلا في رأي الكثيرين إذا اكتفيت بهذا الكلام عن نظرية فرويد، لكنني أقول فقط أن تأثير فرويد موجود في كتابات من يكتبون في الطب النفسي على مستوى العالم، لأنه ـ ولا شك في ذلك ـ أثر في كيفية التفكير في الطب النفسي لفترة طويلة، وما زال يؤثر، لكنني معني في هذا الكتاب بالوسواس القهري، ولم ينجح فرويد ولا أتباعه في علاج هذه الحالات بالذات، كما أنني سأذكر في كل فصل ما قاله فرويد في موضوع هذا الفصل.

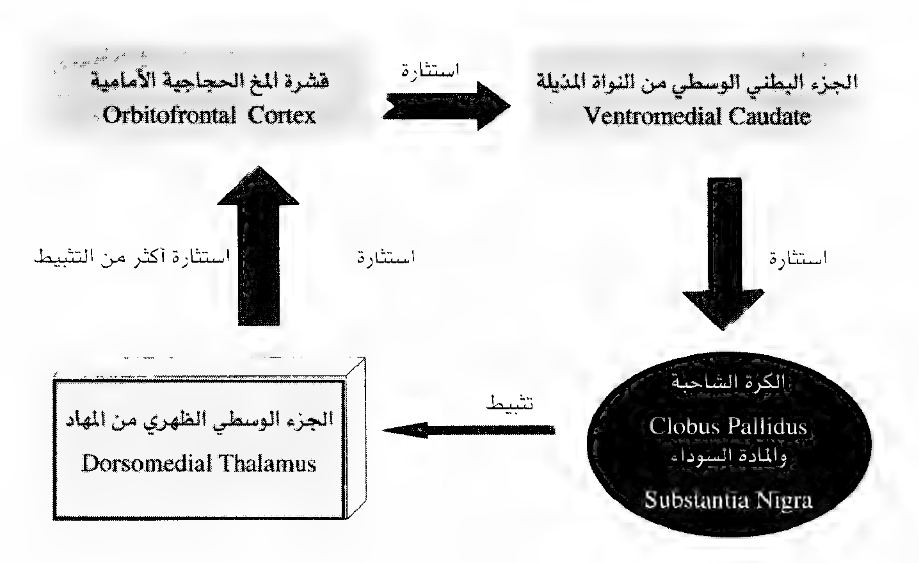
وكتابات الأمس في أسباب الوسواس القهري، كما قلت، كان يتصدرها كلام فرويد ومن سبقوه أو تلوه أو عاصروه. والفرق بين ما كان وما هو الآن كبير وجلي لكل ذي عينين، لأن كلام اليوم مكتوب بالأرقام وبالتحديد، وموزون بالميزان المحايد الذي لا يشك أحد في حيدته، لأنه بالمنطق العلمي كذا وكذا: بينما كان كلام الأمس مدهونا بدهن أصحابه ومشكوكا فيه ومتهما بالقصور لعيب في أصحابه، لأنهم غير محايدين، متحيزون لنظريتهم، لكنه على أي حال قيل في وقت لم يكن هناك من يقول فيه! وإحقاقا للحق أقول إنه لم يوقف التفكير في كلام غيره ولم يحظ مطلقا بتسليم الناس بصحته مثلما يحظى الكلام عن السيروتونين فعدد الذين يتحيزون إلى مدرسة التحليل النفسي أو غيرها من مدارس علم النفس، التي لها تطبيقات طب نفسية علاجية متداولة في العالم، لم يكن أبدا كعدد الذين يؤمنون بالأبحاث العلمية الحديثة.

(٩) الأمراض العصبية التي تصاحبها أعراض الوسواس القهري

كانت كلمة أمراض عصبية تعني إلى عهد قريب وجود تغير مرضي في الأنسجة العصبية، سواء كان المخ أو النخاع الشوكي أو الأعصاب الطرفية أو نقاط اتصالها بالعضلات، بمعنى أن هناك تغيرا في النسيج يمكن مشاهدته بالعين المجردة أو بالمجهر، بينما كانت الأمراض النفسية ـ حتى عهد قريب ـ ينظر إليها على أنها اضطرابات وظيفية، أي في الوظيفة لا التركيب، ولكن تغيرا كبيرا طرأ على هذا المفهوم في السنوات الأخيرة نظرا لاكتشاف تغيرات تركيبية وتغيرات كيميائية في كل الأمراض النفسية تقريبا، بحيث أصبح التفريق بين ما يسمى مرضا عصبيا وما يسمى مرضا نفسيا يعتمد إلى حد كبير على طبيعة الأعراض. والذي يعنينا هنا هو أن نذكر أن الكثير من الأمراض العصبية، بالمفهوم القديم، تصاحبها أعراض وسواس قهري وبصورة خاصة أمراض النوى القاعدية Basal Ganglia Diseases كمرض الشلل الرعاش (مرض باركينسون) ومرض رقص سيدنهام Sydenham's Chorea، وكذلك التهابات المخ Encephalitis، وبعض حالات الصرع وإصابات الرأس: حيث تظهر أعراض الوسواس القهري مع الكثير من هذه الاضطرابات، وعلى رغم كون ذلك مشهورا ومعروفا منذ وقت طويل، إلا أن حدوث أعراض اضطراب الوسواس القهري، دون وجود المرض العصبي المذكور، كان أكثر من حيث عدد الحالات، وكانت التفسيرات النفسية تطغى على كل التفسيرات، وإن كان فرويد نفسه قد عبر عن توقعه لوجود سبب عضوي في النسيج العصبي لمرضى الوسواس القهري.

إلا أن أحدا لم يهتم بذلك حتى أطباء الأمراض العصبية كانوا عادة ما يذكرون الوسواس والأفعال القهرية على أنها أعراض العصاب المصاحب للحالة العصبية؛ وكلمة عصاب كانت تعني في أذهان الكثيرين منهم أنها أمور نفسية لا علاقة لها بالأعصاب؛ وأنا أذكر ردود أفعال بعضهم التهكمية على ما درسناه ونحن في مرحلة الماجستير من تشبيه أبدعه أستاذا الطب النفسي المصريان عمر شاهين ـ رحمه الله ـ ويحيى الرخاوي «في كتابهما الذي شكل عقول الأطباء النفسيين العرب في مرحلة من الزمان، وذلك التشبيه كان تشبيهما لعرض الظواهر القهرية، «أي الوساوس والأفعال القهرية» بمرض باركينسون أو الشلل الرعاش؛ وقد ذكرت ذلك التشبيه في مقدمة هذا الكتاب:

بعضهم كان يرى ذلك تمسحا منا «كأطباء نفسيين» في شيء مرتب ومنظم كالمرض العصبي. بينما نحن تائهون في خضم موضوع تخصصنا الذي لا رأس له ولا أرجل! من وجهة نظرهم بالطبع! وأنا أحمد الله الذي أراني وأرى زملائي من أطباء الأمراض العصبية أن ما كنا نظنه منذ سنوات تعد على أصابع اليدين منظما عرف العلم اليوم أنه غير منظم. مثلما كان المثال العلمي المجرد في أذهاننا: والعكس أيضا صحيح، فما كنا نظنه غير منظم قد اتضح فيه النظام إلى حد لم نكن يوما قادرين على تخيله مجرد التخيل. المهم لكي لا أطيل على القارئ فإن التوجه العلمي الآن يتجه إلى رسم حلقة مفرغة في الدماغ المتوسط تتخذ من منطقة النوى القاعدية مكانا لها وترتبط بالفص الأمامي للمخ أيضا. ويسمون هذه الحلقة العصبية «حلقة اضطراب الوسواس القهري». وهذا هو ما توقعه أستاذاي الكبيران على استحياء منذ الزمن الأقدم (الشكل ٣). وفي شكلها المبسط تتكون حلقة الوسواس القهري من بعض أجزاء قشرة الفص الأمامي للمخ كالقشرة الحجاجية والحزامية Orbito-Frontal and Cingulate Cortex، التي تستثير أجزاء من الدماغ المتوسط Diencephalon النواة المذيلة Caudate Nucleus، والكرة الشاحبة Globus Pallidus، عن طريق الاتصال العصبي وهذه الأجزاء الأخيرة تقوم بتثبيط منطقة أخرى في الدماغ المتوسط هي المهاد Thalamus. التي تثبط بعض أجزاء قشرة المخ الأمامية: فيقل تثبيط المهاد للقشرة الأمامية. ونتيجة لذلك يحدث انفلات للقشرة الأمامية مما يزيد من استثارتها للدماغ المتوسط والنوى القاعدية التي تعيد الحلقة مرة أخرى. ومعنى ذلك أن هذه الحلقة يمكن أن تكون حلقة ترجيعية الاستثارة Reverberating Circuit، أي أنها حلقة عصبية تستعيد استثارة نفسها بنفسها وهذا هو أحد النماذج العصبية المتخيلة لتفسير الأفعال التكرارية. ولكي يكون الأمر أوضح فإن الجزء المعني من المهاد يرسل في الوضع العادي إشارات عصبية مثبطة للقشرة الأمامية للمخ؛ وعليه فإن تثبيط المهاد يزيد من نشاط هذه القشرة: لأنه يقلل من تثبيطها. أي يسبب انفلاتها من التثبيط. وبما أن إثارة النواة المذيلة والكرة الشاحبة تؤدي إلى تثبيط المهاد فإنها تؤدي بالتالي إلى انفلات القشرة الأمامية للمخ، ولكي تتم الحلقة المفرغة فإن القشرة الأمامية للمخ تقوم باستثارة النواة المذنبة والكرة الشاحبة لكي تعيد اكتمال الدائرة أو الحلقة العصبية مرة أخرى.



الشكل (٣): الحلقة العصبية المفترضة لاضطراب الوسواس القهري

وهذه الدائرة العصبية موجودة طبعا في كل إنسان، لكنها تكون نشطة بشكل غير عادي في مرضى اضطراب الوسواس القهري. ومن المعروف أن النواة المذنبة، التي هي الجزء المسؤول عن الوظائف المعرفية في النوى القاعدية، تتغير في مرضى اضطراب الوسواس القهري عن الأشخاص العاديين. كما يتضح ذلك من الأبحاث العلمية العديدة التي تستخدم التقنيات الحديثة في تصوير المخ وظيفيا. مثل التصوير الطبقي للمخ بقذف البوزيترون Positron Emession Tomography، ومن خلال استخدام النظائر المشعة Isotope Scanning. وكذلك استخدام التنظير الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Spectroscopy التي تعطي فكرة عن معدل النشاط (معدل عمليات الأيض (الاستقلاب). أو معدل تدفق الدم) في مناطق المخ المختلفة كما ذكرنا من قبل (Luxenberg et al 1988) و(Birken & Oldendorf, 1989) و(Kellner et al 1991) و(Scarone et al 1992) و(Stein et al 1993) و(Calabrese et al 1993) و (Baxter, 1995) و(Maier,1995) و(Robinson et al,1995) و(Jenike et al 1996) و(Ebert et al 1997) و(Stein et al 1997) و(König et al 1998).

فأما تأويل هذا الرسم التوضيحي لحلقة الوسواس القهري (الشكل ٣)، إضافة إلى تأويل ما بينته دراسات تصوير المخ طبقيا بقذف البوزيترون في المرضى ومقارنته بصورة المخ في الأصحاء (الشكل ١)، وصورة المخ بعد العلاج (الشكل ٢) وإضافة إلى معلوماتنا المتوافرة حتى الآن عن وظائف مناطق المخ المختلفة، وإضافة أيضا إلى الفهم الذي أعطته لنا المدرسة السلوكية في علم النفس فإنه كما يلي:

«ينتج اضطراب الوسواس القهري عن زيادة معدلات النشاط في مناطق من المخ. هي قشرة المخ الحجاجية الأمامية Orbitofrontal Cortex. والنواة المذيلة. وبصفة خاصة الجزء البطني الوسطي من النواة المذيلة Ventromedial Caudate Nucleus.

(١) فأما قشرة المخ الحجاجية الأمامية الموجودة مباشرة خلف الحاجبين فمسؤولة عن إدراك الخوف والخطر.

(٢) وأما النواة المذيلة وهي واحدة من محاور الاتصال في المخ فمسؤولة عن قدرة الإنسان على بدء أو وقف الأفكار والأفعال المختلفة. وقد أظهرت الدراسات السابقة الذكر ما يشير إلى وجود خلل في أداء هذه النواة لوظيفتها وربما يكون هذا الخلل ناتجا عن خلل في السيروتونين أو مستقبلاته في مرضى اضطراب الوسواس القهري، والذي يبدو أن فكرة ما، وهي غالبا فكرة منفرة أو شاذة تطرأ على ذهن المريض فتعجز النواة المذيلة عن وقفها، فتكون النتيجة هي تسلط هذه الفكرة: بحيث تصبح فكرة تسلطية تسبب لهذا الإنسان الكثير من القلق والألم النفسي. ويكتشف الإنسان بعد ذلك أن فعلا معينا يستطيع التقليل من هذا القلق فيقدم على فعله: ليقلل من إحساسه بالقلق. وكثيرا ما يكون هذا الفعل لا علاقة له بالفكرة، أو إن كانت له علاقة فإن الفعل عادة ما يكون مبالغا فيه، ولذلك يقاوم المريض رغبته في الفعل، وما يكاد المريض يفعل ذلك الفعل حتى يحس بأنه لم يعطه إلا القليل من الراحة. لأن القلق يعود مرة أخرى كما كان. ولا يستطيع المريض إلا أن يعيد الفعل السابق مرة أخرى بحيث يصبح الفعل فعلا قهريا.

(١٠) الأحداث الحياتية

ربما كان في التاريخ المرضي لأكثر من نصف المرضى بهذا الاضطراب ما يشير إلى علاقة بداية الأعراض بحدث حياتي معين، مثلا قبل الامتحان أو بعد الولادة أو الإجهاض (Geller et al., 2001)، أو بعد بداية الخدمة

العسكرية أو موت أحد الأقرباء أو بعد الزواج أو أثناء الحمل (British Columbia Reproductive Mental Health Program 2002) و(Neziroglu et al.,1992) أو أي حدث حياتي آخر، ومن الدراسات العربية القليلة التي بحثت دور الكرب في اضطراب الوسواس القهري والتي تثبت وجود هذا النوع من علاقة التزامن، تلك الدراسة التي قامت الباحثة سلوى طوبار من جامعة المنصورة، وقارنت فيها ثلاثين مريضا باضطراب الوسواس القهري بثلاثين مريضا بالهيستريا من حيث قوة الأنا والضغوط النفسية الحياتية التي تعرضت لها المجموعتان من المرضى قبل بداية ظهور الأعراض (Tobar, 1993)، ودور الكرب Stress أو الضغوط النفسية في ترسيب الاضطرابات النفسية كلها معروف ومشهور سواء في أول نوبات الاضطراب أو في فترات تفاقم الأعراض التي تحدث على مدار حياة المريض. لكن المهم أن العلاقة هنا ليست علاقة سببية بالمعنى الذي يفهمها به الناس، فحقيقة الأمر أن الكرب يضعف مقاومة الإنسان بوجه عام، سواء للأمراض العضوية أو العدوى أو الاضطرابات النفسية، أيا كان نوعها، وذلك من خلال ما يحدثه من تغيرات في مستويات الهرمونات في الجسم، وما يحدثه كذلك من تغيرات في جهازه المناعي، أما أهمية ذلك كله من حيث محاولة فهم أسباب اضطراب الوسواس القهري فقليلة في الحقيقة. لأنه لا يعني أكثر من: أن للكرب أو للضغوط الحياتية دورا في ظهور الأعراض، وهذا صحيح في كافة الاضطرابات النفسية. ولكنه قليل التأثير في نوعية الاضطراب. أو بصورة أخرى، إن ما يحدد نوعية الأعراض في اضطراب الوسواس القهري في شخص معين ليس الحدث الحياتي الذي يطرأ من الخارج في حد ذاته بقدر ما هو شيء في داخل الشخص نفسه.

ثانيا: الإمراضية النفسية (السيكوباثولوجيا) - كيف؟! Pychopathology

الحقيقة أن الأسباب التي ذكرتها في هذا الفصل، حتى الآن، لم تشف لا غليلي ولا غليل القارئ في بيان كيف تحدث أعراض اضطراب الوسواس القهري، وما هي إلا ملاحظات وقياسات لا نستطيع دائما إثباتها في كل المرضى، وعلى رغم أن هذا النوع من معطيات البحث العلمي (فيما عدا محاولة نظرية التحليل النفسي)، هو النوع الأمثل للطب النفسي

الحديث، الذي يعتمد على دراسة الظاهرة بشكل يجعل النتائج المعترف بها لتجربة ما قابلة للتكرار دائما لكي تعتبر تجربة علمية، فإن لم تكن كذلك فهي محاولة للفهم وليست محاولة للشرح، أي أن الطب النفسي الحالي يعترف فقط بما يمكن قياسه وتكرار قياسه للوصول إلى النتائج نفسها، وهو يتعامل مع اضطرابات السلوك البشري بالطريقة المادية التجزيئية نفسها التي نتعامل بها مع المادة الفيزيقية، وأصحاب هذا الاتجاه بالطبع لهم عذرهم في ذلك، لأنهم يريدون اتفاقا بين الجميع، وهذا ما لا يمكن تحقيقه ما لم نقصر اتفاقنا على ما نستطيع التعامل معه ولمسه بالحواس البشرية المباشرة، وأنا هنا لا أريد انتقاد ذلك بقدر ما أريد أن أقول إن محاولات فهم اضطراب المريض تختلف عن محاولات شرح اضطرابه للآخرين، أي أن كل طبيب نفسي يمارس عمله لابد من أن تتكون في وعيه تفسيرات مناسبة لإنسانية المريض الذي يعالجه، ولن تكون هذه التفسيرات - طبعا - قابلة للتعميم على جميع المرضى بهذا الاضطراب نفسه، لأن لكل مريض خصوصيته، لكن محاولات الفهم بالتأكيد تسعى لذلك، وإن كان بلوغه صعبا عليها بعكس محاولات الشرح المادية التي تعتمد على معطيات التقنيات الحديثة وتتبع الطريقة المادية التجزيئية. قديمة وكثيرة إذن هي محاولات الفهم هذه، ولكنني هنا سأتكلم عن أشهرها وأكثرها انتشارا وأقربها شبها لما يمكن تسميته بالفرض أو النظرية التي يصعب إثباتها: مستثنيا بالطبع ما يخص فرويد نفسه من نظرية التحليل النفسي لأني ذكرته من قبل، والحقيقة أن قدر الطب النفسي ونقطة ضعفه الكبيرة، مع الأسف عند مقارنته بفروع الطب الأخرى، إنما تكمن في تعددية المفاهيم Conceptual Pluralism التي توجد ويتعامل الأطباء النفسيون بها مع المرضى في الوقت نفسه، بينما هذه المفاهيم كثيرا ما لا يمكن الجمع ما بينها، أو هي على الأقل متنافسة فيما بينها (McGuire & Troisi1998)، هذه المشكلة في الحقيقة إنما تنبع من كون الطب النفسي هو التخصص الوحيد الذي يتعامل مع جهاز بشري نحن أقصر ما نكون علميا عن الإلمام بطريقة عمله ألا وهو المخ البشري. وفي وضع كهذا تستطيع أي نظرية مترابطة فيما بين فروضها ومعطياتها أن تشكل موضوعا قابلا للنقاش والخلاف والاتفاق.

وسؤالنا في هذا الفصل هو كيف تحدث الفكرة التسلطية، ولماذا تحدث في هذا المريض بالذات، ولماذا الآن، ولماذا تصبح تسلطية، على الرغم من أنها يمكن في فرد آخر أن تمر عابرة ولا تسبب إلا القليل من الضيق العابر؟ كل هذه أسئلة لم يستطع التقدم العلمي الهائل الإجابة عنها حتى الآن، وما لدينا هو على الأكثر مجموعة من التكهنات حول لماذا؟

لعل أول الأمثلة على ذلك هو رأي بيير جانيه (١٨٥٩- ١٩٤٩) الذي رأى أن الخلل المركزي في مرضى العصاب الوسواسي إنما يكمن في انخفاض مرضي في مستوى الطاقة العقلية ينتج عنه تفسخ في انتظام الوظائف العقلية خاصة الوظائف العليا منها، وهي الإرادة والانتباه اللتان تمكنان الشخص السليم من التحكم في محتوى أفكاره وفي معقولية وفاعلية أفعاله. وكذلك من إدراك الواقع المحيط وجعل أفكاره وأفعاله متماشية مع ذلك الواقع (Janet, 1908). وعندما يحدث التفسخ في هذه الوظائف العليا يصبح ممكنا للوظائف العقلية الدنيا والثانوية أن تتحرك لا محكومة بالضابط العقلي الأعلى، وينفك ارتباطها بالواقع كما يضعف أو يتلاشى تحكم الفرد فيها. ويتميز العصاب الوسواسي في رأي جانيه بفشل الوسائل التي يستخدمها الفرد للدفاع عن نفسه ضد وساوسه، وبمجموعة من الاضطرابات العقلية الوجدانية التي سماها جانيه «سمات الإرهاق العصبي Psychasthenia»، التي تشمل، وهنا جسميا وعقليا، ترددا، وساوس، شكوكا، خجلا، ميلا إلى الاستبطان وأزمات الشعور، وكذلك اضطرابات جنسية (كالعنة والبرودة) وفرط الانفعالية [١]. والحقيقة أن عدم وجود مفهوم اللاوعي بشكل واضح في نظرية جانيه هذه أفقدها الكثير من القدرة التفسيرية لكيفية حدوث الأفكار التسلطية أو الأفعال القهرية، وهو ما جعل نظريته التي سبقت فرويد لا تستطيع مواجهة الأفكار السائدة في عصره، والمتعلقة بربط الوسواس القهري بالسحر أو بالأرواح الشريرة في الغرب (Kaplan et al.,1995).

ولما كان اضطراب الوسواس القهري يبدأ غالبا في مرحلة المراهقة، ويبينُ على وجه الخصوص بدءا من اللحظة التي ينبغي على الفرد فيها أن يواجه ويحل مشكلات الوجود الأساسية (كالحب، والوجود مع الغير في الجيش أو في الحياة المهنية)، فقد رأى ألفريد أدلر، وهو واحد من الفرويديين الجدد، أن المقصود هو الهروب من الواقع ونقل النضال إلى المستوى غير الواقعي، حيث يأمل العصاب في الانتصار (وجيه أسعد، ٢٠٠١).

وأما بافلوف وهو رائد المدرسة السلوكية الغربية في علم النفس فقد كان يرى أن المريض الرهابي الوسواسي Phobic-Obsessive Patient إنما يتميز بحساسية عالية لكل أنواع الأفكار الوسواسية التي تحدث للناس جميعا، لكنهم يستطيعون وقفها بمجرد اعتبارها غير مهمة أو لا قيمة لها. بينما المريض الرهابي الوسواسي لا يستطيع ذلك بسبب وجود خلل في القدرة على تثبيط Impairment of Inhibition ما لا قيمة له من الأفكار أو الأفعال. وفسر بافلوف ثبات الفكرة التسلطية وعدم القدرة على تلافيها من جانب المريض بافتراض وجود نقطة استثارة جامدة أو ذات قصور ذاتي Focus of Inert Excitation والتي تستمر في إحداث استثارة، لا هي بالقادرة على إقناع المريض بصحة ما تعنيه، ولا المريض قادر على تجاهلها وتثبيطها. لأنه أولا يعاني خللا في القدرة على التثبيط (Shaheen & Rakhawy, 1971)، وينطلق بافلوف من رأيه هذا لتفسير سبب اختلاف الفكرة التسلطية عن الفكرة الضلالية Delusional Idea بافتراض أن نقطة الاستثارة الجامدة تلك تكون في حالة الفكرة الوهامية (الضلالية) أقوى تأثيرا بحيث لا يستطيع المريض تكذيبها ولا يملك إلا تصديقها، بينما يقتصر تأثيرها في حالة الفكرة التسلطية على إزعاج المريض والتسبب في قلقه ومعاناته.

والحقيقة أن الأفكار الأساسية لمحاولات الفهم السلوكي للاضطرابات النفسية إنما تنبع أصلا من التجارب على الحيوانات، وأصحابها يرون - كما ذكرت من قبل - أن الأفكار التي تكون في البدء عادية تتحول إلى أفكار مؤلمة أو منفرة من خلال ارتباطها الشرطي بشكل ما مع أحداث مؤلمة، ويقدمون دليلا على ذلك تجربة مشهورة يذكرونها لشرح كيفية تكون العصاب الرهابي «فلو أنك قمت بوخز طفل صغير كلما ظهر كلب أبيض في الغرفة التي يجلس فيها الطفل وفعلت ذلك عدة مرات، لبكى الطفل وصرخ بمجرد رؤيته للكلب دون وخز بعد ذلك»، ثم يفسرون تكون الفعل القهري بأن الشخص يكتشف بالمصادفة أن فعلا ما يؤدي إلى تخفيف القلق والتوتر الناتج عن الفكرة التسلطية، فما يزال يمارس هذا الفعل حتى يعادل تأثير الفكرة التسلطية. كما أنهم يفسرون الطقوس القهرية بالطريقة نفسها ويضيفون أيضا تفسيرهم للسلوك الاجتنابي، سواء في مريض الوسواس القهري أو مريض الرهاب بالطريقة نفسها، فاجتناب المثير المزعج يؤدي إلى تقليل القلق

المصاحب للمواجهة ويعزز السلوك الاجتنابي نفسه بالتالي، كما أنه يقلل من فرصة المريض لتغيير اعتقاده عن قدرته على مواجهة الشيء أو عن كون الشيء غير مخيف أو مضر كما يظن. والكلام نفسه ينطبق على إصرار مريض الوسواس القهري على ممارسة طقوسه القهرية وخوفه أو اجتنابه لعدم ممارستها. وهناك العديد من المشاكل التي تواجه هذا النوع من الفهم السلوكي لاضطراب الوسواس القهري، لعل أولاها هي أن معظم الأفكار التسلطية تكون منفرة أو مؤلمة منذ بدايتها بالنسبة إلى الشخص المعني، بمعنى أنها لا تحتاج إلى ربطها الاشتراطي بحدث أو خبرة نفسية مؤلمة، كما أن هذا الفهم لا يستطيع أن يفسر لنا تلك الحالات التي نجد فيها أفكارا تسلطية من دون أن تتكون أفعال قهرية كنتيجة لها (Jones & Menzies , 1998). ثم إذا عرفنا أن ما بين الثمانين والتسعين في المائة من الناس تصادفهم أفكار اقتحامية تزعجهم من وقت إلى آخر لكنهم لا يصبحون مرضى باضطراب الوسواس القهري، ولا تتكون عندهم أفعال قهرية نتيجة لذلك. فلابد إذن أن يكون هناك أحد احتمالين، أما الأول فهو أن هناك اختلافا في خاصية ما للأفكار التسلطية في اضطراب الوسواس القهري تجعلها مختلفة عن الأفكار التسلطية التي تحدث وتمر عابرة في معظم الناس. أما الاحتمال الثاني فهو أن مرضى اضطراب الوسواس القهري يتعاملون مع أفكارهم التسلطية منذ البداية بشكل مختلف عن الناس العاديين، وهذا هو ما يجعلهم يعانون اضطراب الوسواس القهري. إن كل ذلك يجعل الفهم السلوكي لمنشأ الأفكار التسلطية والأفعال القهرية غير كاف لشرح كل الظواهر.

وأقام يحيى الرخاوي نظرية كاملة لسيكوباثولوجيا العصاب وضمنها العصاب الوسواسي القهري. تقوم على أساس أن العصابات كلها ما هي إلا دفاع منتظم تقوم به النفس في مواجهة التهديد بالذهان (الرخاوي، ١٩٧٩)، وسترد بالتفصيل في فصل «مفاهيم كانت ومفاهيم مازالت»، ويرى أحمد عبد الله (أحمد عبد الله، ٢٠٠٢) ما أراه متماشيا مع خبرتي الشخصية مع مرضى اضطراب الوسواس القهري، من أن «تلك الأفكار الطفيلية أو المتطفلة المرسخة لدى مريض الوسواس القهري، لتكون هي الأفكار الأساسية (أي المقتحمة ثم التسلطية). فيما بعد عندما تظهر أعراض اضطراب الوسواس القهري فتملأ وعيه وتتسلط عليه، هذه الأفكار القبل تسلطية (إن جازت لنا التسمية) إنما

تكون في أغلب الأحيان من نفس جنس أو موضوع الأفكار التي تحتل التيار الرئيسي لدى المريض، ولكنها معارضة لها في الاتجاه، بمعنى أن المريض المحافظ جنسيا، والذي يشغل هذا الأمر جزءا كبيرا من تفكيره يكون مرشحا للمعاناة من فكرة تسلطية جنسية، وكذلك المريض الذي يكون مفرطا في اهتمامه بالموضوع الديني يكون مرشحا أكثر من غيره للمعاناة من أفكار تسلطية دينية أو عقائدية، وقد رأينا في الممارسة الإكلينيكية حالات كثيرة يختلط فيها هذا بذاك». لكن كل ذلك لا يقول لنا ما هو المصدر الأولي للفكرة التطفلية أو الاقتحامية.

أما أصحاب النظرية التطورية الغربية في علم النفس، الذين يحاولون الاستفادة من المبادئ العامة لنظرية دارون، ويحاولون في الوقت نفسه تقوية اتجاه يدعمهم بين الأطباء النفسيين، فهم أيضا يضعون نظرية لتفسير اضطراب الوسواس القهري (Abed, 2000)، فيفكرون بالطريقة نفسها المتبعة داخل نظرية النشوء والارتقاء، فيرون أن بقاء اضطراب الوسواس القهري على مر الأجيال المتعاقبة لهو دليل على أنها تمثل انحرافا عن أسلوب عملية عقلية مفيدة في الأصل! ونحن نقبل كلامهم هذا كمحاولة من محاولات الفهم على الرغم من اختلافنا مع دارون نفسه!

فهم يرون أن الأفكار التسلطية عبارة عن ناتج عمليات فكرية قديمة (أي أننا ورثناها عن أجدادنا القدماء)، ولا إرادية تستثير حالة شعورية منفرة كالخوف أو القرف في الشخص، ووظيفتها الأساسية هي أن تؤدي إلى سلوك اجتناب الخطر ويرى أصحاب هذه النظرية أن النظام الحيوي العصبي Neurobiological System المسؤول عن ذلك إنما يخلق سيناريوهات لا إرادية لاستشعار الخطر Involuntary Risk Scenario Generating System، هي الوساوس بينما يعتبرون الأفعال القهرية سلوكيات بدائية روتينية لاجتناب الخطر Primitive Harm Avoidance Behavioral Routines، لكنها شبه إرادية Semi-Voluntary، أي ليست لا إرادية تماما كالأفكار التسلطية (Abed, & de Pauw, 2000) و(Bradshaw,1997)، المهم أن سيناريوهات استشعار الخطر هذه تساعد الشخص على تعلم مواجهة الخطر دون أن يضطر إلى مواجهته مباشرة، وهذه هي فائدتها، وهذا هو سبب انتشار السمات الوسواسية الطبيعية في الكثير من الناس.

ويذهب أصحاب هذا الرأي إلى ما هو أبعد من ذلك فيحاولون التفريق بين اضطرابات القلق التي مازال اضطراب الوسواس القهري جزءا منها، وذلك من خلال افتراض أن هناك نوعين من أنواع التفكير البشري، أحدهما

هو التفكير على الخط On-Line Thinking، ويقصد به النشاط العقلي الموجه لمشكلة يواجهها الشخص في اللحظة المعينة. وأما النوع الآخر فهو التفكير خارج الخط Off-Line Thinking. ويقصد به النشاط العقلي الهادف إلى حل المشكلات التي قد يواجهها الشخص في المستقبل (Bickerton, 1996) وتعتبر الأفكار التسلطية نوعا بدائيا من التفكير خارج الخط، بينما تعتبر اضطرابات الهلع واضطراب القلق المتعمم نوعا من التفكير على الخط.

وتفترض واحدة من أحدث النظريات المعرفية (Jones & Menzies , 1998) كما يظهر من الشكل (٤) أن الخبرات النفسية المعرفية القديمة والأحداث الحرجة في حياة الشخص إبان بداية أعراض الوسواس القهري تؤدي به إلى مجموعة من الاعتقادات أو الافتراضات مثل:

(١) أن عدم منع الكارثة سيئ بقدر التسبب في وقوعها. وهو ما يضخم الإحساس بالمسؤولية.

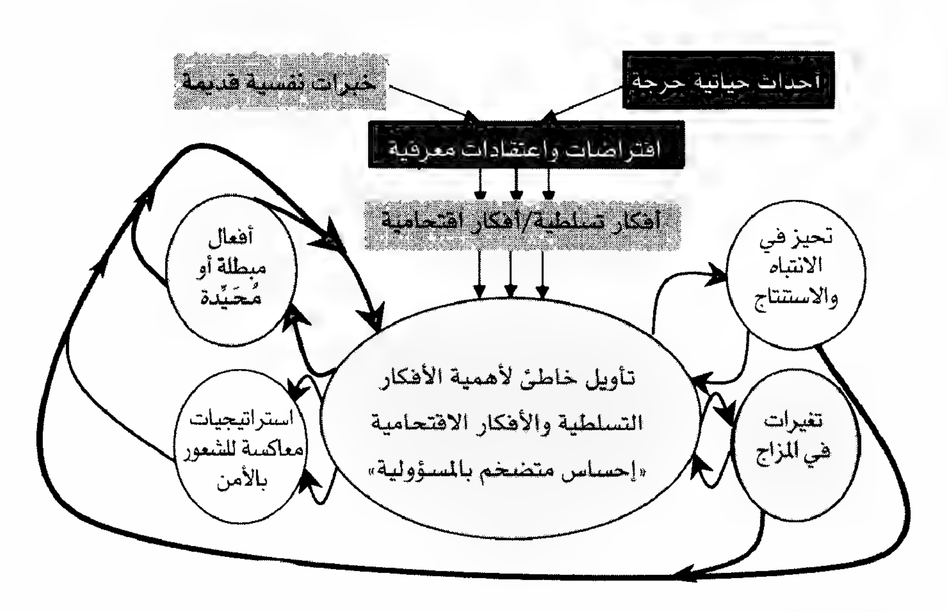
(٢) من الأفضل أن تكون آمنا عن أن تكون آسفا. وهو ما يمهد لاجتناب الفعل من أجل اجتناب الخطر.

وعندما تحدث لمثل هذا الشخص فكرة اقتحامية فإنه يخطئ في تفسير أو تقدير أهميتها، من خلال اعتقاده أن الفكرة ما هي إلا إرهاص للسلوك، أي أنها تتنبأ بالسلوك، مثلا: «ما دمت فكرت في أن أذبح ابنتي الصغيرة، إذن فمن الممكن أن يحدث ذلك بالفعل، أو ما دمت تخيلت نفسي في موقف جنسي مع زوجة عمي، إذن من الممكن أن أفعل ذلك في يوم ما»، إضافة إلى اعتقاده أنه مسؤول عن منع نتيجة هذه الفكرة، مثلا: «لا بد من وجود جارتي أو زوجي معي عند استخدامي للسكين، أو لن أزور عمي مرة أخرى مهما حدث لكي لا يقع المحظور». وتتداخل بعد ذلك مجموعة من أساليب التفكير غير السوية، الناتجة عن ارتفاع حساسية الفرد بسبب القلق، وربما الاكتئاب الناتج عن هذه الطريقة في التفكير. كما يتداخل نزوع هؤلاء الأشخاص إلى التفكير السحري أو الخيالي Magical Thinking الذي يعطي الأفكار قوة كقوة الفعل، إضافة إلى تحيزهم الانتباهي والاستنتاجي الذي يجعلهم منشغلين بالفكرة التسلطية وكل ما يتعلق بها من منبهات بيئية.

أو لنكمل حكاية الرجل فائز الذي ذكرنا حالته من قبل تحت عنوان الغيرة العمياء، عندما يبدأ من قصة ما قرأته زوجته من مشكلة نشرت في أحد أبواب المشاكل الاجتماعية في جريدة معروفة عن زوجة لديها طفلان من زوجها العاجز

جنسيا منذ ليلة الزواج الأولى، وهي تسأل المختص بالجريدة عما يجب عليها فعله. فعندما سألت زوجة فائز زوجها بعد قراءتها لتلك القصة «كيف أنجبت منه طفلين بينما هو عاجز جنسيا؟». اضطر فائز أن يذكر لزوجته أن الانتصاب الكامل غير ضروري للإخصاب. وتوقف عند كلمة الانتصاب، ومن لحظتها وهو لا يستطيع الفكاك من فكرة أنها يمكن أن تتخيل الانتصاب! فهكذا اقتحمت هذه الفكرة وعيه وتسلطت عليه. وراح يؤنب نفسه: إنه كان يجب عليه أن يجيب بشكل آخر، وإنه لم يكن يجوز له أن يقول مثل هذه الكلمة لزوجته وهما يتحدثان عن رجل غريب! فلابد أنها تخيلت وما دام قال لها كلمة انتصاب فإنه يمكن أن يقول لها أي شيء، كيف يثق في كلماته بعد ذلك؟

وكذلك محاولات المرضى المستميتة لكبت الفكرة التسلطية التي تؤدي على العكس إلى زيادة إلحاحها على الوعي، مما يوقع المريض في حلقة مفرغة من الأفكار التسلطية والأفعال القهرية الناتجة عنها (Salkovskis, 1999). وتتفاعل كل هذه العوامل لإبقائه في هذه الحلقة المفرغة، إلا أن هذا التصور المعرفي، على رغم شرحه لكيفية حدوث الاضطراب لا يجيب أيضا عن سؤال: لماذا يحدث اضطراب الوسواس القهري لشخص معين دون الآخر (Steketee et al., 1998).



الشكل (٤): تصور معرفي لاضطراب الوسواس القهري (Salkovskis, 1999)

إذن فهذه هي بعض أشهر محاولات الفهم لكيفية حدوث اضطراب الوسواس القهري، وهي محاولات لا يقوم على أي منها دليل مادي دامغ، كما بينت من قبل. ومن الواضح في الحقيقة أن المعلومات التي وصلنا إليها من خلال الأبحاث العلمية القائمة على التقنيات الحديثة والمتطورة في تصوير المخ البشري إنما تشير في وضوح إلى كون آدمغة مرضى اضطراب الوسواس القهري مبرمجة بشكل ما، يجعلها عرضة للسقوط في براثن الأفكار الاقتحامية أو الأفعال القهرية التي تحدث لكل بني آدم، لكن الشخص الذي لديه استعداد بيولوجي للوسواس القهري لا يستطيع التخلص منه. وهكذا تكون هذه المعلومات بمنزلة التفسير الذي يصلح للإجابة عن سؤال لماذا يصبح البعض مرضى بالوسواس القهري، بينما لا يصبح الآخرون، ولعل المحاولة نفسها تحاولها النظرية المعرفية، لكنها لن تستطيع إثبات صحة تصورها، بينما قد تستطيع الدراسات البيولوجية إثبات تصورها إذا تمكنت من إجراء دراسات مستقبلية Prospective Studies، بحيث تجري متابعة مجموعات كبيرة من المراهقين العاديين وتصوير آدمغتهم، وإثبات آن نسبة معينة منهم تكون عندهم إرهاصات للاختلافات التي نراها في آدمغة مرضى الوسواس القهري، ثم تثبت الدراسة بعد المتابعة أن معظم هؤلاء الذين كانت لديهم إرهاصات الاختلافات قد أصابهم اضطراب الوسواس القهري.

هذا النوع من الدراسات بالطبع صعب التطبيق، على الأقل في ظروف كظروف الدراسات العلمية الآن، ثم آنه حتى لو تمت مثل هذه الدراسة (على رغم آنه نوع من الخيال)، فإنها لا تجيب أصلا عن السؤال المبدئي وهو: لماذا تحدث الأفكار الاقتحامية؟ وما مصدرها؟ وهل كونها خبرة بشرية شائعة يعني آننا يجب آلا نسأل مثل هذا السؤال؟ بالطبع لا! خاصة إذا كنا نتكلم من منطلق فهمنا الإسلامي للكون:

محاولة للإجابة عن مصدر الفكرة الاقتحامية الأولى

إذا كان المؤمنون بنظرية داروين في النشوء والارتقاء يحاولون تفسير الوساوس بناء على فهمهم للكون، فهل لا يكون من حقنا آن نقول كمسلمين آنه يمكن آن يكون للشيطان دور في بداية الوساوس في بعض الحالات، وهناك من يستطيع التغلب على هذه الفكرة التسلطية بالاستعاذة بالله وبآليات صرف

الانتباه التي أمرنا بها سيد الخلق عليه الصلاة والسلام، وهناك من تجد الوساوس في تكوين دماغه استعدادا للإصابة باضطراب الوسواس القهري فيصاب به؟ أليست نتيجة الأفكار التسلطية والأفعال القهرية في أبسط صورها هي شغل الإنسان عما يفيده في دنياه وأخراه، أليس ذلك جوهر ما يفعله الشيطان؟

إننا بذلك نستطيع الإجابة عن السؤال الذي لم تجب عليه، أي نظرية من النظريات! ورأي كهذا بالطبع لا يمكن أن يعجب أصحاب التوجه المادي الصرف في الطب النفسي، ولا أستطيع أنا أن أقدم دليلا علميا بالمعنى الغربي عليه. لكنني أقول إنني لا أستبعد ذلك، ولا أريد من غير المسلمين أن يصدقوه. فأنا أرى في قوله تعالى: ﴿وما أرسلنا من قبلك من رسول ولا نبي إلا إذا تمنى ألقى الشيطان في أمنيته﴾ صدق الله العظيم [سورة الحج الآية: ٥٢]. أرى في معنى هذه الآية الكريمة ما يفيد معنى اقتحام الأفكار. ولنتدرج في هذا الفهم خطوة خطوة:

(١) فالشيطان، حسب الفهم الإسلامي، عدو لنا يرانا ولا نراه، يقول تعالى ﴿يا بني آدم لا يفتتنكم الشيطان كما أخرج أبويكم من الجنة ينزع عنهما لباسهما ليريهما سوءاتهما إنه يراكم هو وقبيله من حيث لا ترونهم إنا جعلنا الشياطين أولياء للذين لا يؤمنون﴾ صدق الله العظيم [الأعراف، الآية: ٢٧]. وهذا العدو قريب من الإنسان بل هو يجري من الإنسان مجرى الدم، فعن صفية بنت حيي رضي الله عنها قالت: قال رسول الله عليه الصلاة والسلام: «إن الشيطان يجري من الإنسان مجرى الدم» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، [رواه البخاري ومسلم]. ويقول تعالى: ﴿وإما ينزغنك من الشيطان نزغ فاستعذ بالله إنه سميع عليم﴾ صدق الله العظيم [الأعراف، الآية:٢٠٠]، ويقول تعالى: ﴿وإما ينزغنك من الشيطان نزغ فاستعذ بالله إنه هو السميع العليم﴾ صدق الله العظيم [فصلت، الآية:٣٦].

لكن الشيطان رغم ذلك ضعيف الكيد حيث يقول تعالى: ﴿إن كيد الشيطان كان ضعيفا﴾ صدق الله العظيم [النساء:٧٦]، وذلك عندما يلتجئ المسلم إلى ربه ويعتصم بإيمانه مستعيذا بالله منه، وعن ابن عباس قال: جاء رجل إلى النبي صلى الله عليه وسلم فقال: يا رسول الله إن أحدنا يجد في نفسه يعرض بالشيء لأن يكون حممة أحب إليه من أن يتكلم به فقال: «الله

أكبر الله أكبر الله أكبر الحمد لله الذي رد كيده إلى الوسوسة» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، قال ابن قدامة رد أمره مكان رد كيده [رواه أبو داود]، ومعنى ذلك أن أقصى ما يستطيعه الشيطان هو الوسوسة.

(٢) فإذا تأملنا قوله تعالى: ﴿وما أرسلنا من قبلك من رسول ولا نبي إلا إذا تمنى ألقى الشيطان في أمنيته فينسخ الله ما يلقي الشيطان ثم يحكم الله آياته والله عليم حكيم﴾ صدق الله العظيم [سورة الحج الآية: ٥٢]. وبالبحث عن تفسير هذه الآية نجد في ابن كثير: «محمد على الصابوني، ١٩٨١، ج ٢ ، ص٥٥٠) في شرح سبب نزول الآية ما يلي «قد ذكر كثير من المفسرين ههنا قصة الغرانيق، وما كان من رجوع كثير من المهاجرة إلى أرض الحبشة؛ ظنا منهم أن مشركي قريش قد أسلموا، وخلاصتها - أي قصة الغرانيق -: عن سعيد بن جبير قال: قرأ رسول الله صلى الله عليه وسلم بمكة «سورة النجم» فلما بلغ - عليه الصلاة والسلام - هذا الموضع ﴿أفرأيتم اللات والعزى ومناة الثالثة الأخرى﴾ - صدق الله العظيم - ، قال فألقى الشيطان على لسانه - عليه الصلاة والسلام تلك الغرانيق العلى. وإن شفاعتهن لترتجى، قالوا - أي كفار قريش -: ما ذكر آلهتنا بخير قبل اليوم فسجد وسجدوا، فأنزل الله عز وجل هذه الآية».

ويكمل ابن كثير: «وقد ذكرها محمد بن اسحاق في السيرة بنحو من هذا، وكلها مرسلات ومنقطعات والله أعلم، وقد ساقها البغوي في تفسيره ثم سأل ههنا سؤالا: كيف وقع مثل هذا مع العصمة المضمونة من الله تعالى لرسوله صلاة الله وسلامه عليه؟» (محمد علي الصابوني، ١٩٨١ ج ٢، ص٥٥٠). ثم حكى بعد ذلك عددا من أجوبة الناس عن هذا السؤال من ألطفها: أن الشيطان أوقع في مسامع المشركين ذلك فتوهموا أنه صدر عن رسول الله عليه الصلاة والسلام، وذكر ابن كثير بعد ذلك عددا من المعاني المحتملة للفظة تمنى، ولا أدري لماذا لا يكون معنى التمني هنا هو «التمني الذي نعرفه» وهو نوع من أنواع التفكير؟ بحيث لا يكون هناك ما يستدعي قصة الغرانيق تلك من أولها إلى آخرها؟.

ويقول سيد قطب (سيد قطب، ١٩٨٠ج٤، ص٢٤٣٢و٢٤٣٣) في تفسير هذه الآية الكريمة نفسها: «هذه خلاصة تلك الروايات في هذا الحديث الذي عرف بحديث الغرانيق، وهو من ناحية السند واهي الأصل، قال علماء الحديث إنه لم

يخرجه أحد من أهل الصحة. ولا رواه بسند سليم متصل ثقة» ويقول سيد قطب بعد سطور: «وهناك من النص ذاته ما يستبعد معه أن يكون سبب نزول الآية شيئا كهذا. وأن يكون مدلوله حادثا منفردا وقع للرسول صلى الله عليه وسلم، فالنص يقرر أن هذه القاعدة عامة في الرسالات كلها. مع الرسل كلهم. فلابد من أن يكون المقصود أمرا عاما يستند إلى صفة في الفطرة مشتركة بين الرسل جميعا. مما لا يخالف العصمة المقررة للرسل»، وأفترض أنا أن يكون هذا الشيء المشترك الذي يضم الرسل والبشر جميعا هو القابلية الموجودة فيهم لاقتحام الشيطان للأفكار. وتكون العصمة متعلقة بالأفعال.

وبعيدا عن سبب نزول الآية. فإن ما يعنينا هنا هو استخدام القرآن الكريم لتعبير «ألقى الشيطان في أمنيته»، فهو ما يذكرنا بالفكرة الاقتحامية: فالشيطان هنا لم يوسوس، وإنما كأنه ألقى الفكرة وهرب، وهذا ما نعنيه حين نقول إن الشيطان يمكن أن يكون هو المصدر الأولي للأفكار الاقتحامية التي تقتحم الوعي البشري. فيفلح من يشاء له الله في التخلص منها، ويقع من يشاء الله له الوقوع في براثن اضطراب الوسواس القهري من خلال كونه مهيئا من الناحية البيولوجية أو المعرفية أو كلتيهما للإصابة باضطراب الوسواس القهري. وأعيد هنا أيضا ذكر حديث الرسول عليه الصلاة والسلام: «الله أكبر الله أكبر، الحمد لله الذي رد كيده إلى الوسوسة» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم.

ولكن هذا لا يعني بحال من الأحوال أن الوسواس القهري هو الوسواس الخناس. أو أنه كله من الشيطان. فالوساوس حسب الفهم الإسلامي ثلاثة أنواع: هي وسواس النفس ووسوسة الشيطان (أي الوسواس الخناس) والوسواس القهري. وكل نوع من هذه الأنواع الثلاثة مستقل في الأساس، كما بينت في الفصل الأول من الكتاب. ولا تسمى فكرة ما بالفكرة التسلطية إلا إذا ثبت أن الاستعاذة بالله من الشيطان الرجيم لا تفيد في منعها، ومن المهم أن أنبه هنا إلى أن دور الشيطان هذا الذي أقول باحتمالية وجوده في بداية الوساوس ليس إلا دورا في بدايتها، ولكن كل ما بعد ذلك - وإن كان لا يخرج عن إرادة الله طبعا - إنما يتم وفق استعداد بيولوجي في دماغ المريض، أما معظم الناس فهم كما ذكرت من قبل يستطيعون التغلب على وسوسة الشيطان بالاستعاذة بالله منه.

وأكرر مرة أخرى أن الوساوس التي أمرنا الله والرسول عليه الصلاة والسلام بمواجهتها هي وساوس الشيطان (أي الوسواس الخناس الذي يختفي كلما ذكر اسم الله) ووساوس النفس وكلاهما يقع داخل حدود مقدرة الإنسان على التخلص منها، بينما الوسواس القهري ليس كذلك. وأذكر القارئ بما قلته في الفصل الأول من الكتاب وهو «أن كل وساوس النفس ووساوس الشيطان إنما تصول وتجول داخل حدود مقدرة الإنسان. بمعنى أنه يستطيع التعامل معها والتحكم فيها سواء بذكر الله أو التعوذ به أو قراءة القرآن الكريم أو بزيادة تمسكه والتزامه بشعائر دينه إلى آخر الوسائل الدينية لتهذيب النفوس وتقويمها»، بينما الوسواس القهري ليس كذلك حتى إن قلنا باحتمالية وجود دور للشيطان في بداية حدوث الأفكار الاقتحامية في اضطراب الوسواس القهري، لأننا وضعنا هذا الفرض لتفسير مصدر الفكرة الاقتحامية الأولية فقط، لكن إصابة المريض باضطراب الوسواس القهري راجعة إلى استعداد في تركيبة المخ البشري نفسه في ذلك المريض، والمقصود هنا هو إلقاء الفكرة الاقتحامية والهرب بعد ذلك، أي أن الشيطان هنا يلقي الفكرة الاقتحامية ويهرب!

وهذا مختلف عما يحدث في حالة الوسواس الخناس فإن الشيطان يظل يوسوس للإنسان ما لم يستعذ بالله، فإذا استعاذ بالله خنس الشيطان لفترة ثم عاود الظهور. وليس المقصود أبدا أن مريض الوسواس القهري هو مريض استحوذ وتسلط عليه الشيطان: لأن إيمانه ضعيف، أو لأنه لا يستعيذ بالله من الشيطان الرجيم. وأعيد هنا التذكير بقول الله تعالى: ﴿إن كيد الشيطان كان ضعيفا﴾ صدق الله العظيم [النساء:٧٦]، فهذه الآية وحدها تثبت أن الوسواس الخناس غير الوسواس القهري: لأن وطأة اضطراب الوسواس القهري، كما يعرف كل طبيب نفسي وكل مريض باضطراب الوسواس القهري، غير ضعيفة بالمرة.

أما إجابة السؤال الذي يدور في أذهان البعض الآن: لماذا أفترض أن الشيطان في حالة الفكرة الاقتحامية يلقي الفكرة ويهرب، بينما هو في حالة الوسواس الخناس لا يختفي إلا إذا استعاذ المرء بالله، ويختفي لفترة ثم يعاود الظهور بعد ذلك. فالسبب كما أتخيله إنما يكمن في اختلاف نوعية المواضيع التي يوسوس بها الشيطان في حالة الوسواس الخناس، فهي مواضيع غير

منفرة ولا ينتبه إليها إلا المؤمن الفطن الذي يحميه الله. لكنها عادة ما تكون مواضيع يميل المرء للتفكير فيها، كموضوع جنسي مثلا، أو تحليل حرام يريده الشخص فيزين الشيطان له المعصية ويقنعه أنها حلال له، يقول تعالى: ﴿وزين لهم الشيطان أعمالهم فصدهم عن السبيل فهم لا يهتدون﴾ صدق الله العظيم [النمل:٢٤].

أما في حالة الفكرة الاقتحامية فإنها تكون فكرة منفرة وبغيضة للشخص نفسه. وما أظن الشيطان غبيا لينتظر استعاذة الشخص بالله. وبكلمات أخرى أقول إن الشيطان في حالة وسوسته للإنسان يتوقع أن يتمكن من إلهاء الشخص عن الاستعاذة. بينما هو في حالة إلقائه للفكرة الاقتحامية يعرف أن الشخص المسلم في معظم الأحيان سيستعيذ بالله من الشيطان، وهو لذلك يهرب قبل الاستعاذة تاركا الشخص لمصيره.



4 العلاج

كانت النظرة التقليدية إلى اضطراب الوسواس القهري بين الأطباء النفسيين أنه داء بلا دواء، أو هو في أحسن الأحوال من أكثر الاضطرابات النفسية مقاومة للعلاج. وكانت الوسائل العلاجية الدوائية الموجودة في الطب النفسي كلها تستخدم مع مريض الوسواس القهري في محاولة لتهدئته أو إعانته على التعايش مع الأعراض، ولم يكن المريض يجد راحة إلا أن يرحمه الله تعالى فتخف حدة الوسواس القهري من تلقاء نفسها. وهو ما يحدث في كثير من الحالات رحمة من الله. لكن نسبة كبيرة من المرضى كانوا يعانون بشكل مستمر ومطرد ينتهي بهم إلى العيش في مصحة للأمراض النفسية.

لكن هذه النظرة بدأت تتغير في نهايات السبعينيات وأوائل الثمانينيات من القرن العشرين، لأن تطورا حدث في طرق العلاج السلوكي، بحيث أصبحت هناك أساليب وبرامج خاصة باضطراب الوسواس القهري، وواكب ذلك التطور اكتشاف التأثير الإيجابي لعقار من

«اذا هبت أمرا فقع فيه، فإن شدة توقيه أعظم من الوقوع فيه»

علي بن أبي طالب
(رضي الله عنه)

مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة وهو عقار «الكلوميبرامين Chlomipramine».
فقد كان اكتشاف تأثير هذا العقار دون غيره من مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة في الوسواس القهري هو السبب في توضيح علاقة اضطراب الوسواس القهري بالناقل العصبي السيروتونين. لأن الفرق بين الكلوميبرامين وكل مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة الأخرى هو أنه أكثر تخصصا في تأثيره في السيروتونين. كما كان ذلك أيضا حافزا لشركات الأدوية لكي تصنع عقاقير تعمل فقط على السيروتونين ثم جربت هذه العقاقير في مرضى الوسواس القهري، وفي غيره من الاضطرابات النفسية، مما كان له الكثير من التأثير في زيادة قدرة الأطباء النفسيين على مواجهة المرض النفسي. وسوف أحاول في السطور التالية أن أقدم تلخيصا سريعا للمقصود بالعلاج السلوكي والعلاج المعرفي، مع نبذة عن تطوره. وكذلك سوف أسرد بعض المعلومات عن عقاقير علاج اضطراب الوسواس القهري:

أولا: العلاج السلوكي والعلاج المعرفي

من المهم هنا أن أحق الحق قدر استطاعتي، لأن القارئ للتراث العربي الإسلامي في الطب النفسي لابد أنه يفاجأ بمدى الظلم الذي ألحق بهذا التراث. فالأطباء العرب لا يعرفون عنه إلا القليل، والغربيون أغفلوه أو جهلوه مع أن فيه ما يشير إلى بدايات تبلور العلاج السلوكي في الفكر البشري بوجه عام. كما أن فيه البذور الأولى للعلاج المعرفي الذي يتناسب مع بني أمتنا. وسأورد هنا مثلين أولهما لابن سينا والثاني للشيخ العالم الموسوعي أبو زيد البلخي.

يقول ابن سينا في تحليله للسلوك «إذا كان تناول الطعام مقترنا باللذة والضرب بالعصا مقترنا بالألم. فإن الحيوان والإنسان يحتفظان في ذاكرتيهما بصورة الطعام مقترنة باللذة. وبصورة العصا مقترنا بالألم. فتصبح رؤية الطعام فيما بعد مثيرة للشعور باللذة ورؤية العصا مثيرة للشعور بالألم» (محمد عثمان نجاتي، ١٩٨٠). وهذه هي الاستجابة الشرطية التي قال بها الروسي إيفان بافلوف بعد عشرة قرون من ابن سينا والتي تدرس في بلادنا منسوبة إلى بافلوف على أنه مبدعها الأول. لأن من يقومون بتدريس علم وظائف الأعضاء وعلم النفس الطبي يقرأون لبافلوف ولا يقرأون لابن سينا على ما يبدو. المهم أن هذه الاستجابة الشرطية هي الحجر الأساس لعلم النفس السلوكي وعلاجه كله.

وأما برنامج العلاج السلوكي المعرفي الذي قدمه أبو زيد البلخي (أبو زيد البلخي، ١٩٨٤) في القرن التاسع/العاشر الميلادي، فسوف أقدمه هنا مع بعض التعليق على بنوده وعلى حالنا وحال أفكارنا اليوم:

١ـ «أن يعلم المريض بالوسواس أنه يعاني من عرض، وأن الناس من معارفه يشهدون بأنها وساوس باطلة، وأنها لا تستتبع أي ضرر، بل هي مجرد أفكار سخيفة عليه ألا يلتفت إليها». وهذه الأفكار نفسها هي موضوع مقال نشر في أواخر القرن العشرين الميلادي (Emmelkamp & De Lang , 1983) عن دور شريك الحياة في المساعدة على علاج الوسواس القهري حيث يقدم لشريكه دعما معنويا وسلوكيا معرفيا يساعده على استعادة الثقة في عقله وفي تصرفاته.

٢ـ «أن يفكر في أن كل عرض يعرض للنفس من الظنون السيئة والفكَر الرديئة مما لا يكون له في الظاهر سبب معروف فإنه شيء من مزاج بدنه». وهو بذلك إنما يشير إلى أهمية الأسباب العضوية للوسواس القهري. ويقول أبو زيد البلخي أيضا «وأنه شيء لا مكروه عليه منه وذلك شبيه بحال من يتأذى بالأحلام التي يخاف سوء تأويلها إذا صارت رؤية الأحلام (المخيفة) عادة ولم يتعقب ذلك مكروه وجب عليه أن لا يكترث بعد معرفته بأن ذلك شئ وقع له بالطبع والمزاج، فتكون هذه الفكرة إحدى الفكر التي يقابل بها وساوسه الرديئة»، أي أنه يؤكد للمصابين باضطراب الوسواس القهري أن وساوسهم هي مجرد خواطر مزعجة مثلها مثل الأحلام السيئة التي لا تتحقق لمجرد أن الإنسان يحلم بها، وأنه يدرك بعد استيقاظه من نومه أنها مجرد أحلام، وكأن أبا زيد هنا تفهم أسلوب التفكير السحري أو الخيالي Magical Thinking الذي يفكر به الكثيرون من الموسوسين حين يسوون بين أن تفكر وأن يحدث في الواقع، كما أن هذا أيضا هو ما يسمى باستبدال فكرة سيئة بفكرة حميدة يدفع بها المريض الفكرة التسلطية المكروهة.

٣ـ ويقول أبو زيد البلخى: «الله ركب الأنفس في الأبدان تركيبة على غاية الإحكام والإتقان.. فلذلك ترى كل حي تألف البدن الذي تحله.. حتى أن الإنسان لتصيبه الآلام والأوجاع والنكبات من الضرس والجرح والكسر والمرض والقحط، فتحتمل ذلك وتعيش معه وكذلك الأمراض». وهنا يوجه أبو زيد البلخى نظر مريض الوسواس إلى أن الجسم يداوى نفسه أفضل من

الطبيب، وأن مرض الوسواس لا يقتل وإنما تقتل الآجال، والآجال في علم الغيب ولا يعلم الغيب إلا الله. وهو بذلك يستخدم مزيجا من العلاج المعرفي والعلاج الديني في مداواة هؤلاء المرضى، وهذا ما تؤيده الممارسة العملية للطب النفسي، وهناك من الدراسات الحديثة ما يؤيد ذلك (Gullick & Blanchartd ,1973) و(Lewis & Joseph , 1994).

وقد أثبتت مجموعة من الدراسات العلمية أجريت في ماليزيا (Axhar et al, 1994) على بعض مرضى اضطراب القلق العام ومرضى الاكتئاب الجسيم أن المتدينين من هؤلاء المرضى يستفيدون بشكل لا يقبل الجدل عند إضافة بعض أساليب العلاج النفسي الديني لعلاجهم الدوائي مقارنة بالمرضى غير المتدينين. حيث احتاج المتدينون إلى جرعات أقل من العقاقير، واستخدموها لفترات أقل من غيرهم: وتلخصت أساليب العلاج الديني تلك في ما يمكن اعتباره إسباغا للوضوء وفي إطالة مدة الصلاة من خلال إطالة مدة الركوع ومدة السجود: وكذلك في قراءة بعض آيات من كتاب الله عز وجل. ومعنى ذلك أن كثيرين من مرضانا يمكنهم الاستفادة من ذلك العلاج، وأن إغفالنا كأطباء مسلمين لذلك الباب الرحيب الذي يسهل الكثير من الأمور على مرضانا لهو تقصير كبير، ولعله هو الذي يسمح للمشعوذين ومدعي العلاج بالقرآن باستغلال القلوب المؤمنة، كما أن هناك اختلافا جوهريا في تناول موضوع الصحة النفسية بين علماء الغرب وأطباء النفس الغربيين وبين تناول العلماء والمفكرين المسلمين السابقين له. فعلماء الغرب يرون أن أهم مقومات الصحة النفسية هي فقط النجاح في حياة الإنسان المادية والدنيوية وقدرته على تحمل مسؤوليات الحياة ومواجهة ما يقابله من مشكلات، وتوافقه مع نفسه ومع غيره من الناس، ويغفلون ما غير ذلك إغفالا تاما، وأما علماء المسلمين ومفكروهم فيرون أن أهم مقومات الصحة النفسية هو توافق الفرد مع ربه وتمسكه بعبادته وتقواه سبحانه وتعالى، ومن الواضح أن انتهاج الأطباء النفسيين المسلمين لمنهج الغرب لم يحقق نجاحا يحس به المجتمع لأن المجتمع المسلم بطبيعته لا يستطيع إغفال العلاقة بين توافق الفرد مع دينه وربه وبين ما يحسه من أمن نفسي. وأرى أن الأجدر بنا أن نتواصل مع جذورنا نحن. لكي نستطيع التأثير في مجتمعاتنا بشكل يفيد ويثمر. وقد بدأ بعض علماء النفس الغربيين المحدثين يدركون أخيرا أهمية الإيمان بالله

تعالى في صحة الإنسان النفسية، إذ إنه يمده بطاقة روحية تعينه على تحمل الكثير من مشاق الحياة، وتساعده على التخلص من الكثير من القلق، لكن هؤلاء بالطبع قلة منهم، ولا يشجعهم أحد في المجتمع الغربي، وأنا لا أعرف سببا لتحرُّج الكثيرين من الأطباء النفسيين من التصريح والإعلان عن ملاحظاتهم مع المرضى في ممارستهم للطب النفسي، والتي تختلف بالتأكيد عن ملاحظات الأطباء الغربيين التي يسدون بها آذان العالم كله! ولا أجد من أطباء النفس المسلمين - باستثناء حالات نادرة - إلا أنهم يكررون ملاحظات الغرب، ويحاولون إثبات أنها عندنا كما هي عندهم، ولا أعرف كيف تكون كذلك، لكن الواضح أننا كأمة أصبحنا نخاف من القول باختلافنا عن الغرب اللهم إلا في أننا فقراء وأننا محتاجون لرضاهم، لكي نتقدم «أي أن نصبح مثلهم» (وائل أبو هندي،٢٠٠٢ ص ١٧-١٩)أ .

٤- أن يفكر مريض الوسواس «أن الله تبارك وتعالى.. أراد.. عمارة هذه الدنيا وبقاء أهلها فيها إلى المدة التي قدرها.. كذلك جعل أسباب السلامة فيها أغلب من أسباب الهلكة». وهنا يشير البلخى إلى أهمية الأفكار الإيجابية، وهي أن الشفاء هو الأصل في الأمراض كلها. وهو بذلك يدفع عن المريض الأفكار السلبية، مثل أن المرض يؤدى إلى الهلاك أو إلى الجنون كما يخاف كثير من المرضى في حالة اضطراب الوسواس القهري، وفى الوقت نفسه يدفع بالأفكار السلبية بعيدا عن عقل الموسوس (مصطفى السعدني، ٢٠٠٢) وهذا شكل آخر من أشكال المزج بين العلاج المعرفي والعلاج الديني.

٥- أن يفكر.. «أن الله تعالى.. جعل بلطفه لكل داء دواء، وفرق بين تلك الأدوية في أصناف النبات وأجزاء أبدان الحيوانات، وسخر خلقا من عباده لتتبع تلك الأدوية.. ثم ألهم خلقا آخرين باستنباط صناعة الطب.. حتى ركبوا تلك الأدوية بأوزانها ومقاديرها..»، وهنا يشير أبو زيد البلخى إلى أهمية التداوي باستخدام العقاقير. وهو ما نعتمد عليه كثيرا اليوم في علاج اضطراب الوسواس القهري، ولم يكن أبو زيد البلخي في ذلك وحده، فقد أورد ابن سينا (٩٨٠-١٠٣٨ ميلادية) في كتابه المرجعي الشهير «القانون في الطب» بعض التركيبات الدوائية من الأعشاب وغيرها كوصفة علاجية لمرضى الوسواس القهري (ابن سينا، ١٩٥٦).

٦ـ «أن يفكر المريض أن المرض له أسبابه والصحة لها أسبابها. وكما أن البنيان القائم لا ينهدم هكذا بغتة من تلقاء نفسه، والمصباح المضيء لا ينطفئ فجأة ومن دون مقدمات، فكذلك الجسم لا يموت إلا بمقدمات معقولة»، وكأنما يوجه البلخي قوله هذا لمن استولت عليه أفكار الموت التسلطية أو مريض المراق أو توهم العلل البدنية إذا أثبت الفحص الطبي أنه لا يعاني مرضا خطيرا أو قاتلا، وهذا نوع من أنواع العلاج المعرفي.

٧ـ «أن يستحضر المريض يقينه بأن الله تبارك وتعالى جعل لكل داء يعرض للأبدان والأنفس دواء»، وهنا يعود البلخي إلى استخدام العلاج الديني مرة آخرى، لإعطاء المريض الأمل في أن الشفاء ممكن بفضل الله، لمعالجة اليأس من الشفاء الذي يحس به كثير من مرضى اضطراب الوسواس القهري.

٨ ـ «أن يحرص المريض بالوسواس على تجنب الوحدة والانفراد، لأن من شأن الوحدة أن تهيج على الإنسان أحاديث النفس». وهنا تظهر أهمية دور الجماعة الاجتماعية في التسرية عن المريض وإعانته على الانشغال عن وساوسه، كما تبرز أهمية العلاج الجمعي الذي ثبتت فاعليته في السنوات الأخيرة من القرن العشرين في علاج اضطراب الوسواس القهري (Van Noppen et al.,1997).

٩ـ «الحرص على شغل أوقات الفراغ بالعمل الصالح وما يفيد الناس». ومع ذلك فإن البلخي لا يفوته أن يوصي هؤلاء المرضى بالترفيه عن النفس لمن استطاع إلى ذلك سبيلا. وهذا منهج الاعتدال والوسطية الذي يدعو إليه الدين الإسلامي كما ينصح به علماء الصحة النفسية في الوقت نفسه.

١٠ ـ «أن يستعين المريض بمن يثق في مودتهم له وشفقتهم عليه. فيعينوه على تكذيب الوساوس». وأبو زيد البلخي هنا إنما يعود إلى النقطة المهمة التي بدأ منها برنامجه العلاجي السلوكي المعرفي لعلاج الوسواس القهري. وهي الاستعانة بمن يحبهم المريض ويثق في رأيهم، لإيقاف الأفكار التسلطية المزعجة وتكذيبها. كالطبيب المعالج وشريك الحياة أو أحد الإخوة. وهذا متعارف عليه الآن في العلاج النفسي للوسواس القهري (مصطفى السعدني، ٢٠٠٢).

وكان أحمد بن محمد بن يعقوب الملقب «بمسكويه» من معاصري أبي زيد البلخي. وقد تناول مسكويه موضوعات الصحة النفسية من زاوية الفلسفة. وذكر أن الأسباب المولدة للأمراض النفسية هي الغضب والحزن والخوف كما

قسم الطب النفسي إلى طب نفسي علاجي وطب نفسي وقائي، وتكلم كذلك عن مفهوم المخاوف المرضية Phobias ومفهوم العلاج النفسي المعرفي (إبراهيم شوقي عبد الحميد، ١٩٩٦)أ. إلا أن طريقة مسكويه في العلاج النفسي كانت أقرب إلى الجانب التحليلي النفسي الفلسفي، فهو يبحث في المكونات الخلقية في شخصية المريض، وفي كيفية التعامل مع تلك المكونات في برنامج علاجي طويل المدى، وهو أسلوب متوقع من مسكويه، نظرا لخلفيته الفلسفية، في حين كان البلخي يتعامل مع الأعراض الموجودة مباشرة عن طريق العلاج السلوكي ـ المعرفي، بالإضافة إلى استخدامه العلاج الدوائي المتوافر في عصره (مروان آبو حويج، ١٩٨٨) ولا يسعنا في ذلك إلا القول بأن منهج البلخي في علاج اضطراب الوسواس القهري قريب جدا من مناهج العلاج التي يستخدمها المعالجون النفسيون في شتى آنحاء المعمورة الآن (مصطفى السعدني، ٢٠٠٢).

آما الطب النفسي وعلم النفس الغربيان فلا يذكران شيئا من كل ذلك الذي ذكرته عن العلاج السلوكي والمعرفي في الطب الإسلامي، حيث يبدأ الغربيون عادة تأريخهم للعلاج السلوكي من عند مفاهيم وتطبيقات التعلم الشرطي للروسي إيفان بافلوف (١٨٤٩ـ ١٩٣٦) الذي درب الكلاب على أن يسيل لعابها عند سماعها لصوت جرس معين بعدما تكرر وضع الطعام أمامهم بعد الجرس مباشرة عدة مرات، وقد استنتج من ذلك ما ذكره ابن سينا قبل عشرة قرون، كما ذكرت، لكن إيفان بافلوف وضع فكرته في إطار مناسب لعصره، وهو إطار التجربة المعملية، وفي الوقت نفسه تقريبا كان جون واتسون (١٨٧٨ـ ١٩٥٨) يدرب طفلا عمره سنة واحدة على الخوف من الفآر الأبيض الصغير من خلال إحداث صوت مزعج كلما مر الفأر من أمام الطفل، حتى أصبح الطفل يخاف من مجرد رؤية الفأر الأبيض، ولو لم يسمع الصوت المزعج، ثم وضح واتسون كيف عمم الطفل ذو السنة الواحدة من العمر خوفه من الفأر الأبيض إلى الخوف من كل فراء أبيض!

وأما ما كان له التأثير الحقيقي في العلاج في الطب النفسي، فقد بدأ من عند تجارب سكينر الذي درس أساليب التعلم الإجرائي الذي يختلف عن التعلم الشرطي بأن استجابة الكائن الحي للمنبه إنما تعتمد على رغبته في آن يفعل لكي ينال المكافأة أو لا يفعل فلا ينالها، بينما الاستجابة الشرطية

عند بافلوف إنما تستمد في الأساس من أفعال لا إرادية يفعلها الكائن بغير اختيار؛ وبالتالي أصبح تكرار سلوك معين يعتمد على نتائج هذا السلوك، أي أن السلوك الذي يؤدي إلى نتائج طيبة يكرره الكائن، والعكس بالعكس؛ وربما ظلت الأفكار والتوجهات في العلاج السلوكي، حتى منتصف الستينيات من القرن العشرين، محصورة في إطار المنبه والاستجابة، وكأن شيئا لا يوجد بينهما. ومن الواضح بالطبع أن ذلك إغفال للكثير من آدمية الإنسان، لأن ما بين المنبه والاستجابة له في البشر هناك عمليات معرفية وشعورية عميقة ومتباينة ما بين الناس، ومن هنا بدأ آلبرت باندورا وجوليان روتر اهتمامهما بالنواحي المعرفية، وأضافوا البعد المعرفي للعلاج السلوكي. وعلى ورغم أن العلاج المعرفي في حد ذاته، خاصة في بداياته، لم يكن يأتي بفائدة في حالات الوسواس القهري، بالنظر إلى أن التوجه الأول للعلاج المعرفي - وهو تغيير الأفكار - لم يكن ليأتي بجديد، لأن مريض الوسواس القهري يعرف في معظم الأحيان أن أفكاره التسلطية غير صحيحة، وهو يجيء إلى الطبيب النفسي وقد أخبره المحيطون به بخطأ أفكاره، وحاولوا إقناعه واقتنع، ولكن من دون فائدة. المهم أن الخطوات الأولى للعلاج المعرفي مع مرضى الوسواس القهري لم تكن ناجحة، إلا أنها تزامنت مع بداية نجاح أساليب العلاج السلوكي في مرضى اضطراب الوسواس القهري: فقد كان العلاج السلوكي يطبق بنجاح كبير في مرضى الرهاب، ولكنه لم يكن يعطي نتائج مشجعة في الوسواس القهري (Van Noppen et al 1997؛ وWolpe, 1958) وظلت الحال كذلك حتى عام ١٩٦٦، عندما بدأت النتائج المشجعة للدراسات تتوالى (Cooper et al., 1965). ونستطيع أن نقسم هذه النتائج هنا على ثلاثة محاور:

(١) محور الأفعال القهرية: وهنا نضع «منع الاستجابة Response Prevention» أو «التعرض مع منع الاستجابة Exposure and Response Prevention» في مقامه الذي يليق به، لأن تطوير فكرة أن كل شيء إذا زاد على حده انقلب إلى ضده، وفكرة التعود وفكرة قابلية السلوك البشري للتغيير، بناء على تغيرات المحيط الذي يحيط به، وفكرة أن المواجهة خير من البقاء في خيالات الاجتناب وغيرها، كلها أفكار يبدو أنها كانت عند من أجروا التجارب العلمية على هذا النوع من أنواع العلاج السلوكي، ليثبتوا نفعه

في منع مريض الوسواس القهري من ممارسة طقوسه القهرية. ولو كانت الطقوس القهرية وحدها هي العرض فإن الشفاء التام ممكن! ولا تزال هذه الطريقة في العلاج هي الخيار الأمثل لمريض الطقوس القهرية المتعاون.

وتتلخص الطريقة في أن يتفق المعالج النفسي مع مريضه على الامتناع عن ممارسة طقوسه القهرية لفترات طويلة قدر الإمكان، وربما لمدد متدرجة في الزيادة، ولابد بالطبع أن يكون ذلك في حضور المعالج، خاصة في المراحل الأولى من العلاج الذي يفضل أن يبدأ داخل المستشفى، بحيث تهيأ البيئة المحيطة بالمريض بشكل مناسب. ومن الممكن بالطبع أن تحتاج بعض الحالات إلى جلسات علاج سلوكي تتم في بيت المريض أو في مكان عمله (وهذا ما حدث في حالات ناهد وعامر ونورا وسماح) ومن الممكن بالطبع أن يقوم المعالج بأداء السلوك الذي يتجنبه المريض ويخاف منه، كنوع من إعطاء النموذج للمريض، ومن الممكن أن يعرض المريض للمثيرات التي تستدعي منه القيام بطقوسه القهرية (كأن يمسك سلة المهملات مثلا وينقلها من مكان إلى مكان) ثم يمنع أو يمتنع عن ممارسة تلك الطقوس. والحقيقة أنه خلافا لتوقعات الكثيرين، وعلى رأسهم المرضى أنفسهم، فإن الامتناع عن ممارسة الطقوس، رغم أنه في بداية العلاج يسبب الكثير من الضيق والألم والتوتر، إلا أنه بعد فترة من الإصرار على مقاومة الرغبة في أداء الطقوس القهرية والامتناع عنها لا يزيد الضيق، وإنما يقل وينحسر تدريجيا إلى أن ينتهي (لأن الضيق ككل الأشياء إذا زاد على حده انقلب إلى ضده): فمثلا كان على سماح أن تقوم بإمساك مادة بيضاء كالدقيق وتنثرها بأصابعها على كفيها، ثم لا تقوم بغسل يديها ولا حتى بنفضهما، وأن تستمر على ذلك إلى أن ينتهي خوفها من كل مادة بيضاء، وكان ذلك يجري بمساعدة الدواء بالطبع: وكذلك كان على السيدة نورا أن تلمس الجدران بيديها دون استخدام المنديل كعازل، ثم تمتنع عن طقوس النظافة التي كانت تجد نفسها مضطرة إليها، ومن المهم جدا أن يشرح المعالج للمريض الفكرة الجوهرية للعلاج، وأن يفهمه ويطمئنه إلى أن الزيادة الشديدة في مستوى التوتر والقلق والتي تحدث في بداية التعرض للمثيرات التي يتجنبها ليست إلا زيادة عابرة، ولن تجعل الحالة أسوأ كما يظن كثير من المرضى، بل هي وجع الساعة الذي يغنيه عن وجع الساعات الطويلة في حياته فيما بعد.

ولعل في أحاديث سيد الخلق محمد رسول الله عليه أفضل الصلاة والسلام الصحيحة التالية ما يبين لنا توجيه الرسول عليه الصلاة والسلام لنا بمنع الاستجابة. أي منع الخروج من المسجد أو الخروج من الصلاة. ورغم أن بعضها يرجع الوسواس إلى الشيطان فإن هذا الأسلوب يفيد حتى في بعض حالات الوسواس القهري:

* عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «إذا وجد أحدكم في بطنه شيئا فأشكل عليه: أخرج منه شيء أم لا؟ فلا يخرج من المسجد حتى يسمع صوتا أو يجد ريحا». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. رواه مسلم.

* عن عبد الله بن زيد رضى الله عنه قال: شكي إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم يخيل إليه أنه يجد الشيء في الصلاة قال «لا ينصرف حتى يسمع صوتا أو يجد ريحا» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. رواه البخاري ومسلم.

* وعن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه: أن محمدا رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: «الشيطان يأتي أحدكم وهو في الصلاة فيأخذ بشعرة من دبره فيمدها فيرى أنه قد أحدث فلا ينصرف حتى يسمع صوتا أو يجد ريحا». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. رواه الإمام أحمد في مسنده. وفي لفظ أبي داود «إذا أتى الشيطان أحدكم فقال له: إنك قد أحدثت. فليقل له: كذبت إلا ما وجد ريحا بأنفه أو سمع صوتا بأذنه». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. ولعل في قول أمير المؤمنين علي بن أبي طالب رضي الله عنه «إذا هبت أمرا فقع فيه. فإن شدة توقيه أعظم مما تخاف منه» وفي رواية أخرى «إذا هبت أمرا فقع فيه. فإن شدة توقيه أعظم من الوقوع فيه» (محمد بن الحسن العاملي، ٢٠٠٣). فكأنه رضي الله عنه يشير إلى دور الاجتناب في تعزيز وتعظيم الخوف وضرورة عدم اللجوء إليه، ولعل هذا يفيد في إقناع المريض الذي يعاني من الاجتناب القهري. سواء كان مريض وسواس قهري أو مريض أحد أشكال الرهاب.

(٢) محور الأفكار التسلطية: والحقيقة أن أساليب العلاج السلوكي هنا لم تثبت نجاحا، كالذي أثبتته في علاج الطقوس القهرية: حيث إن التعامل هنا مع جوانب السلوك العقلية لا الحركية، وأحد الأساليب كان (Wolpe, 1958) وقف الأفكار Thought Stopping، ويعني أن يقوم المعالج بالاتفاق مع

المريض على استخدام طريقة لصرف الانتباه عن الأفكار التسلطية، كلما هاجمت المريض. كأن يشد حلقة مطاطية يلبسها في معصمه مثلا كلما هاجمته الفكرة، بحيث ينصرف انتباهه عنها، وبحيث يرتبط حدوثها بالألم، فربما يقلل ذلك من حدتها وتكررها، وهناك أيضا التشبع بالفكرة Thought Satiation، وهو أن يسرف المريض، على عكس ما اعتاد. في التمعن في الفكرة التسلطية لا مقاومتها. على أساس أن ذلك قد تكون من نتيجته آن تقل حدة الفكرة من تلقاء نفسها بعد ذلك. وكما قلت فإن طرق العلاج السلوكي هذه وغيرها لم تنل نجاحا كبيرا في التعامل مع الأفكار التسلطية (Meyer ,1966).

ومما رواه مسلم في صحيحه من حديث عمرو بن أبي العاص - رضي الله عنه - قال: قلت: يا رسول الله صلى الله عليه وسلم: إن الشيطان قد حال بيني وبين صلاتي يلبسها علي، فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم «ذاك شيطان يقال له خنزب، فإذا أحسسته فتعوذ بالله منه واتفل عن يسارك ثلاثا»، صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، ففعلت ذلك فأذهبه الله تعالى عني، رواه مسلم وأحمد في مسنده. وفي هذا الحديث النبوي الشريف توجيه إلى وقف الأفكار وصرف الانتباه، وكلاهما يوقف وسوسة الشيطان بالطبع، وربما يساعد في بعض حالات الوسواس القهري الخفيفة الشدة: لكنه لا يحل مشكلة الحالات الشديدة أو المتوسطة الشدة.

(٣) محور البطء الوسواسي: وهنا آيضا لم تحقق آساليب العلاج السلوكي (Stern, 1973) و (Rachman , 1974) النجاح الباهر الذي حققته مع الأفعال القهرية. وفي هذه الطريقة يقوم المعالج بعد تحليل المشكلة جيدا بأداء الأعمال التي يعاني المريض من البطء في أدائها بشكل طبيعي. ويفعل ذلك أمام المريض لكي يقلده المريض بعد ذلك، ثم يقدم المعالج التشجيع المناسب للمريض لدعم أدائه الجيد حسب الوقت المحدد. وغالبا ما يتم إنقاص الوقت بالتدريج. وبذلك يتم تشكيل سلوكيات المريض بحيث ينجز الأعمال المعنية في آقصر وقت يستطيعه: وهذا ما طبق في حالة عامر(التسجيل والمراجعة)، ونجح ولكن مع الدواء بالطبع في تقليل مدة تهيئه للخروج من البيت في الصباح من ساعتين على الأقل إلى٤٥ دقيقة.

وتطبيق أساليب العلاج السلوكي يحتاج إلى قدر كبير من التفاهم بين المعالج والمريض. كما يحتاج إلى دافع قوي للتغيير لدى المريض. وليس الأمر كما يقول بعض المرضى وبعض أقربائهم «لا جديد فيه ولا فائدة منه». خاصة أن المريض يمكن أن يكون قد منع نفسه من قبل، وكذلك أهله يمكن أن يكونوا قد حاولوا منعه، ولكنهم دائما ما يفعلون ذلك بطريقة إما خاطئة أو غير كاملة! فليس التطبيق العملي لأساليب العلاج السلوكي مهمة سهلة ولا بسيطة. كما قد يعتقد البعض عندما يقرأون مثلا عن منع الاستجابة. فيحسبون الأمر مجرد منع المريض من تصرف ما ،لأن الأمور عادة ما تحتاج إلى المزج ما بين العديد من أساليب العلاج النفسي سواء السلوكي والمعرفي وغيره. فضلا عن أهمية العلاقة بين المريض والمعالج. وكذلك أهمية إشراك أسرة المريض في برنامج العلاج السلوكي. والواقع أن الحفاظ على ذلك كله مع الإبقاء على درجة عالية من الدافع لدى المريض يحتاج إلى شخص مدرب وجاد في عمله إلى حد بعيد. وكلما أعطى المعالج السلوكي من وقته للمريض كانت في ذلك فائدة أكبر.

أما العلاج المعرفي فقد بدأ حديثا يحقق النجاح في علاج الوسواس القهري، بعد أن تمكن الباحثون من استخلاص بعض طرق التفكير عند المرضى، التي تكون مؤثرة بشدة في توجهات المريض وأفعاله مثل التقييم المبالغ فيه للخطر، ومثل الإحساس المتضخم بالمسؤولية Inflated Sense of Responsibility. وقد أثبتت الدراسات الأحدث (Marks et al.,1975) و (Abramowitz,1997) فاعلية العلاج المعرفي في علاج مرضى الوسواس القهري المتميزين بهذه النوعية من طرق التفكير. والحقيقة أن بيك (Beck , 1976) الذي يعتبر الرجل الأول في تطبيق أساليب العلاج المعرفي في التعامل مع الاضطراب النفسي في بدايات تطور العلاج المعرفي لم يفرق بين الأفكار التسلطية الخاصة بالوسواس القهري وبين الأفكار المتعلقة بالمخاوف المرضية في اضطرابات الرهاب Phobic Disorders. ولعل ذلك هو ما شجعه على محاولة علاجهم، فقد رأى بيك أن أفكار مرضى الوسواس القهري تكون متعلقة بفعل يعتقدون أنهم كان يجب أن يقوموا به، أو بفعل قاموا به ولم يكن يجب أن يقوموا به. فالقلق الذي يعاني منه مريض الوسواس القهري غير متعلق بموقف معين ولا بفكرة معينة بقدر ما هو متعلق بعواقب أن يكون المريض في هذا الموقف أو عواقب أن يفكر هذه الفكرة، وهذه الملاحظة

الذكية أثرت إلى حد كبير في تطور الأفكار المتعلقة بأساليب العلاج المعرفي فيما بعد. فهناك من رأى أن الأفكار الاقتحامية Intrusive Thoughts، أي الأفكار التي تقحم نفسها في وعي الإنسان عموما، من الممكن أن تمر مرور الكرام، كما يحدث في معظم البشر. إلا أن مريض اضطراب الوسواس القهري يحس بفداحة هذا الاقتحام، ويعطيه وزنا نفسيا وفكريا كبيرا كما يحس بأنه قد تسبب في ضرر ضخم وأنه مسؤول عن ذلك. وهذا الإدراك غير العابر لفكرة كان من الممكن أن تكون عابرة هو ما يتسبب في تثبيتها وهو ما يعطيها القوة على البقاء، وينتج هذا عن الأفكار التلقائية السلبية Negative Automatic Thoughts التي يعتبر حدوثها عقب اقتحام الفكرة التسلطية لوعي المريض سببا في تسلط الفكرة عليه (Salkovskis , 1985)، المهم أن جميع أساليب العلاج المعرفي التي طبقت ودرست حتى الآن ومنها إيقاف الأفكار Thought Stopping وتحدي الأفكار التسلطية Challenging Obsessive Thoughts وتحدي الأفكار التلقائية السلبية Challenging Negative Automatic Thoughts، كل هذه الأساليب سواء استعملت في إطار علاج نفسي فردي أو علاج نفسي جمعي حققت بعض النجاح على مستوى دراسات الحالات ولكنها لم تثبت حتى الآن فاعليتها خلال ما يكفي من الدراسات التي تكتمل لها شروط البحث العلمي الدقيق (James & Blackburn, 1995).

ويقول بعض علماء العلاج المعرفي إن السبب في فشل بعض أنواع العلاج السلوكي في بعض مرضى اضطراب الوسواس القهري هو أحد احتمالين:

أما الاحتمال الأول فهو أن تكون الفكرة التسلطية فكرة مبالغا في تقديرها Over-Valued Idea من جانب المريض، أي فكرة تسلطية يقتنع بصحتها مريض اضطراب الوسواس القهري.

وأما الاحتمال الثاني فهو وجود اكتئاب. والاكتئاب طبعا هو ميدان أصحاب العلاج المعرفي الأكبر الذي أثبتوا نجاحهم فيه بحيث أصبحت طريقتهم في علاج اضطرابات الاكتئاب الجسيم المتوسط الشدة تكفي من دون الاحتياج إلى العقاقير لشفاء المريض بل عودته إلى أفضل مما كان عليه. بينما أصبحت إضافة أساليبهم المعرفية إلى العلاج الدوائي لحالات الاكتئاب الجسيم الشديدة تعطي نتائج أفضل من الدواء الكيميائي وحده: ولهذا أقول إن مجال العلاج المعرفي للاكتئاب هو المجال الذي نجحوا وأبدعوا فيه.

وهذا المجال نفسه هو الذي نستطيع منذ زمن ـ ولا ندري على ما يبدو أننا نستطيع ـ أن نسبقهم فيه وأن تكون لنا كعرب إسهامات أكبر، فلو أننا ابتدعنا علاجنا المعرفي القائم على قيم ومبادئ مجتمعاتنا العربية فإننا مازلنا نستطيع أن نسبقهم في اضطرابات أكثر من تلك التي حقق فيها العلاج المعرفي نجاحا كبيرا، خاصة أن لدينا فهما مختلفا للحياة ربما يسمح لمرضانا بتقبل أمور كالقضاء والقدر، وما ينتظر المؤمنين الصابرين على قضاء الله من جزاء في الآخرة، فكل هذه مفاهيم لا يستطيع الطبيب النفسي الغربي استخدامها ولا يملك أمثالها لينفع بها أحدا من مرضاه.

ثانيا: العلاج الدوائي

في العام نفسه الذي بدأت فيه الدراسات العلمية لأساليب العلاج السلوكي الجديدة نشر في الدوريات العلمية طرح عقار الكلوميبرامين في الأسواق كواحد من أدوية الاكتئاب وكان ذلك عام ١٩٦٦: وكان في البداية يعامل كواحد من مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة مثله مثلها، وهذه الأدوية تعمل عملها ـ حسب الفهم العلمي الحالي ـ من خلال تثبيط استعادة أو استرجاع الناقلات العصبية من الوصلات العصبية، ومن أهم الناقلات العصبية تلك مجموعة الأمينات الواحدية أو واحدات الأمين Monoamines التي تشمل الدوبامين والأدرينالين والسيروتونين وغيرها. المهم أن كل مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة بما فيها الكلوميبرامين هي مثبطات استرجاع للأمينات الواحدية تعالج الاكتئاب: لأن الاكتئاب ينتج من نقص هذه الأمينات الواحدية في الوصلات العصبية للمخ، وهذه الأدوية عندما تثبط استرجاعه إنما تبقيه فترة أطول في الوصلات العصبية بحيث يعالج الاكتئاب، ولم يمض وقت طويل حتى توالت الدراسات التي تبين أن لعقار الكلوميبرامين تأثيرا جيدا على مرضى الوسواس القهري (Fernandez-Cordoba, & Lobez-Ibor, 1967)و(Van Balkom et al 1998). وأنه يفيد في علاج أعراض الوسواس القهري حتى ولو لم يكن هناك اكتئاب مصاحب لاضطراب الوسواس القهري، أي أن التحسن ليس بسبب تحسن الاكتئاب بل هو تحسن في أعراض الوسواس القهري نفسها (van Renygenghe de Coxvrie, 1968) و (Capstick , 1971) وبعد ذلك أجريت

الدراسات العملية في أنحاء شتى من العالم وأجريت في بعضها مقارنات ما بينه وبين مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة الأخرى فكان تأثير الكلوميبرامين واضحا، بينما لم تختلف تأثيرات عقاقير الاكتئاب الثلاثية الحلقة الأخرى عن تأثير العقار المموه (الزائف) Placebo (Ananth , 1977) و(Asberg et al.,1982) وجرب معظم الأطباء النفسيين في أجزاء عديدة من العالم الدواء الجديد واتضحت فائدته لكل المرضى كذلك: لكن التحسن المنتظر كان يظهر بعد عدة أسابيع من استخدام الدواء وكان إيقاف الدواء يستتبع عودة ظهور الأعراض في معظم، إن لم يكن في كل الحالات. ومنذ ذلك الوقت بدأ الباحثون في الطب النفسي يتساءلون عن سبب استجابة مريض اضطراب الوسواس القهري لعقار الكلوميبرامين دون غيره من مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة الأخرى؟ وكانت الإجابة هي أن له تأثيرا خاصا على الناقل العصبي السيروتونين إلى جانب تأثيره على الناقلات العصبية الأخرى الذي تشاركه فيه كل عقاقير الاكتئاب الثلاثية الحلقة، وأصبح الحديث منذ ذلك الوقت يدور عن أن مثبطات استرجاع السيروتونين Serotonin Reuptake Inhibitors التي يختصرونها بالحروف الأولى من كل كلمة فتكون (SRIs) تفيد في علاج اضطراب الوسواس القهري، وأقترح تسمية مختصرة مماثلة بالعربية فتختصر مثبطات استرجاع السيروتونين إلى م.أ.س أو «ماس».

وتلا ذلك أن بدأت شركات الدواء في تخليق عقاقير تعمل فقط على السيروتونين. وكان للأمريكيين دواء اكتئاب هو الفلوكسيتين Flouxetine كان من المعروف أنه يعالج الاكتئاب من خلال زيادته لتركيز السيروتونين في الوصلات العصبية وبدأوا تجريبه في مرضى اضطراب الوسواس القهري، خاصة أن عقار الكلوميبرامين الأوروبي المنشأ لم يكن من الأدوية المرخص باستعمالها في أمريكا وأظهر عقار الفلوكسيتين فعلا أن له تأثيرا علاجيا مساويا لتأثير الكلوميبرامين بل كانت آثاره الجانبية أقل: وتلا ذلك ظهور عدة عقاقير تعمل فقط على تثبيط استرجاع السيروتونين. وسميت هذه المجموعة الجديدة من العقاقير بمثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية (لأنها تختار السيروتونين من دون غيره من الناقلات العصبية) Selective Serotonin Reuptake Inhibitors ويختصرونها في اللغة الطبية

الإنجليزية بالحروف الأولى من كل كلمة أيضا فتكون (SSRIs) وأقترح أيضا أن نستخدم الطريقة نفسها في العربية فيكون اختصار مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية هو: م.ا.س.ا أو «ماسا».

وفي مصر قام عصام الخواجة بدراسة ٣٠ مريضا باضطراب الوسواس القهري (Al-Khawaga 1991) بعد إعطائهم عقار الكلوميبرامين مع قياس نسبة السيروتونين والنورأدرينالين في دم هؤلاء المرضى قبل العلاج وبعده؛ وقارن هؤلاء المرضى ببعض مرضى الاكتئاب الذين يعانون من أعراض وسواس قهري ثانوية لاضطراب الاكتئاب الجسيم؛ وبينت الدراسة وجود تأثير للكلوميبرامين في علاج الوساوس، وأن هذا التأثير مختلف عن تأثيره المضاد للاكتئاب، إذن أصبح لدى الطبيب النفسي ولدى مريض الوسواس القهري العديد من العقاقير التي تفيد في علاج الوسواس القهري، وكلها تتساوى إلى حد كبير من حيث تأثيرها العلاجي، وإن اختلفت بعض الشيء في آثارها الجانبية العابرة؛ وتتم المفاضلة بينها على أساس ذلك وعلى أساس التكلفة الاقتصادية طبعا لأن العقاقير التي تعمل على السيروتونين فقط وآثارها الجانبية أقل عادة ما تكون أغلى سعرا من الكلوميبرامين.

المهم أن العلاج الدوائي، أيا كان، يفيد في علاج الأفكار التسلطية؛ وكذلك في علاج البطء الوسواسي لكنه لا يفيد وحده في علاج الأفعال القهرية في معظم الأحيان؛ وإن من فضل الله أن الأفعال القهرية يتم علاجها بواسطة العلاج السلوكي والمعرفي بينما الأفكار التسلطية وإلى حد ما البطء الوسواسي يتحسنان باستخدام العقاقير، ولكن تجدر الإشارة إلى أن النتائج التي يصل إليها المريض بعد إتمامه برنامج العلاج السلوكي والمعرفي بنجاح أقرب إلى الشفاء بمعناه الفطري لدى الناس، أي أن المريض بعد إتمام العلاج السلوكي يعيش طبيعيا دون استخدام دواء، أما ما يحدث من تحسن نتيجة لاستخدام الدواء فهو في معظم الأحيان مرتبط باستمرار المريض على الدواء، أي أن المريض يعيش طبيعيا بشرط استمراره على الدواء والفرق كبير بالطبع بالنسبة إلى المريض؛ ولما كان استخدام الدواء لا يؤثر في فاعلية العلاج السلوكي فإن الجمع بينهما يعطي أفضل النتائج، بحيث

يمكن بعد فترة من استخدام العلاج الدوائي والمواظبة على إتمام العلاج السلوكي المعرفي أن يستغني المريض عن العقار ويعيش حياته بشكل طبيعي.

وأما الآثار الجانبية المنتظرة في بداية استعمال عقاقير الماس أي الكلوميبرامين فإنها تلك المنتظرة نفسها في بداية استعمال مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة مثل جفاف بسيط بالفم وبعض الميل إلى النوم وربما القليل من الإمساك، إلا أن ما يميز الكلوميبرامين هو تأثيره في الجهاز الهضمي، لأن اضطرابا في وظيفة المعدة والأمعاء وبعض الليونة في البراز تحدث في بعض الأشخاص عند بداية العلاج بالكلوميبرامين، وهذه الآثار الجانبية الأخيرة المتعلقة بالجهاز الهضمي تشترك فيها مجموعة الماسا مع الكلوميبرامين. إضافة إلى ما يحدث من زيادة للقلق وربما الأرق في بداية العلاج بالماسا، إلا أن معظم هذه الآثار الجانبية تكون محتملة في معظم المرضى وعابرة أيضا في كل الحالات، ولكن الذي لا تفسير له حتى الآن هو وجود بعض المرضى الذين لا يتحملون العلاج بالكلوميبرامين. حيث تكون الآثار الجانبية المبدئية لديهم من الشدة بحيث تجبرهم على ترك العلاج. وأضيف إلى ذلك ما لا تفسير له حتى الآن أيضا من آن الآثار الجانبية للكلوميبرامين أقل في الأطفال عنها في الكبار وهي ملاحظة لاحظها كثير من الأطباء النفسيين.

وأما العلاج باستخدام مثبطات الإنزيم المؤكسد لأحاديات الأمين MAOI التي أقترح لتسميتها اختصارا عربيا هو «الممامين». وهذا النوع من العلاج يفترض أنه يعمل من خلال توفيره للناقلات العصبية في الفلج المشبكي. وبالتالي يمنح السيروتونين فرصة أكبر للبقاء فيه. فقد كانت هناك محاولات لاستعماله في الفترة التي سبقت اكتشاف العلاج بالم.ا.س SRI أو الم.ا.س.ا SSRIs، ولم يكن الطبيب النفسي يلجأ لاستخدام مجموعة المامين هذه إلا بعد أن تضيق به السبل في علاج مريضه: لأن هذه المجموعة من الأدوية، خاصة قبل تطويرها في الفترة الأخيرة، كانت لها تفاعلات غير مرغوب فيها كثيرة من أهمها وأخطرها في الوقت نفسه ما يعرف بتفاعل الجبن Reaction Cheese الذي يحدث عند تناول المريض للأطعمة الغنية بمادة التيرامين، حيث يتسبب هذا التفاعل في حدوث ارتفاع حاد في ضغط المريض وبالتالي كان على المريض الذي يضطر الطبيب إلى وصف الممامين له أن يمتنع عن تناول كثير من الأطعمة مادام

يستخدم العقار. المهم أن بعض حالات اضطراب الوسواس القهري كانت تستجيب بشكل جيد لاستخدام الممامين إلا أن اكتشاف العلاج بالماس جعل فرص اللجوء إليه أقل بكثير مما كانت في الماضي.

ثالثا: علاج الحالات المستعصية

الحقيقة أن كلمة مستعصية تعتبر وصفا متشائما لحالات اضطراب الوسواس القهري. فعلى رغم أن هناك حالات كثيرة لا تتحسن بعد استخدام الدواء إلا أن معظم هؤلاء الذين لا يتحسنون عادة ما يكون لعدم تحسنهم أسباب لابد من البحث الدقيق عنها في كل حالة قبل الحكم بأنها مستعصية (Khanna , 1999). كما أن هناك عدة طرق ومحاولات علاجية غالبا لم يجربها المريض ولا بد من محاولة الاستفادة منها قبل الحكم على الحالة بأنها مستعصية. لأن نسبة الحالات التي لا تستجيب للعلاج بالماس أو الماسا من أول محاولة تتراوح بين ٤٠٪ و٦٠٪ من المرضى (Erzegovesi, 2002). وتقل هذه النسبة كثيرا إذا ما تحقق الطبيب النفسي من دقة تشخيصه ومن حقيقة التزام المريض بالاستعمال المنتظم للعقار.

وتشمل الأسباب الغالبة لعدم التحسن عدة جوانب: بعضها يخص الطبيب النفسي وبعضها يخص المريض أو عائلته. ولن أفصل بين هذه الجوانب وتلك لأن ما يخص المريض وأهله إنما يخص الطبيب النفسي كذلك وهذه الأسباب هي:

١ـ احتمال وجود خطأ في التشخيص: سوف يتضح في الفصل التاسع من الكتاب أن تشخيص اضطراب الوسواس القهري ليس عملية سهلة. مثلما تبدو للوهلة الأولى. ذلك أن كثيرا من الاضطرابات النفسية يمكن أن تتشابه مع اضطراب الوسواس القهري في أعراضها التي يشكو منها المريض وفي طريقة الشكوى. ويحتاج الأمر في كثير من الأحيان إلى تشريح العرض أو مجموعة الأعراض التي يشكو منها المريض.

٢ـ احتمال وجود تواكب (أو تصاحب) مرضي Comorbidity: أي أن المريض يعاني من أحد الاضطرابات النفسية إلى جانب اضطراب الوسواس القهري: فهناك اضطراب الاكتئاب الجسيم Major Depression وهناك اضطرابات الشخصية ومن أكثرها تسببا في إعاقة الاستجابة اضطراب الشخصية فصامية النوع Schizotypal Personality. وكذلك اضطرابات سوء استعمال العقاقير أو

الإدمان: فمثلا في حالة الاكتئاب الجسيم ورغم أن أدوية الوسواس القهري هي في الوقت ذاته أدوية اكتئاب إلا أنه يمكن أن تصل شدة الاكتئاب المصاحب للوسواس القهري إلى الحد الذي يفقد المريض الأمل في إمكانية شفائه مما يتسبب في عدم إقباله على الدواء: ومن الممكن ألا يتنبه الأهل إلى كون المريض يستعمل الدواء أو لا يستعمله، ومن الممكن ألا ينصح الطبيب النفسي باستخدام العلاج الكهربي للاكتئاب لأن المريض وأهله عادة ما يرفضون على رغم أنها الوسيلة الوحيدة التي تسعف في مثل هذه الحالات ولذلك تقع على الطبيب النفسي مسؤولية اتخاذ القرار وإشراك المريض، أو إشراك أهله في ذلك القرار بناء على معطيات الحالة وملابساتها.

٣ـ الاستخدام الخاطئ للدواء: يمكن جدا في بلادنا أن يأخذ المريض دواء غير الذي وصفه له الطبيب النفسي لأسباب عديدة لا أريد الخوض في تفاصيلها هنا، ولكن الارتباك في صناعة واستيراد الأدوية الذي يعاني منه الصيادلة يمكن أن يكون سببا ـ للأسف ـ في أن يبيع الصيدلي الدواء الذي يوجد لديه على أنه دواء اكتئاب كأي دواء اكتئاب، وليس مهما أن يكون بالضبط ما وصفه الطبيب: يحدث هذا في حدود ضيقة خاصة مع المريض الذي لا يقرأ ولا يكتب! وما زالوا كثيرين في بلادنا: المهم أننا إذا افترضنا أن المريض حصل على الدواء المناسب من الصيدلية فهل سيأخذ الجرعات كما قررها الطبيب أيضا؟ لا يحدث ذلك في كل مرة بل إن هناك ميلا لدى الكثيرين من مرضانا لتقليل الجرعة الدوائية عن الحد المطلوب: ثم هل يستمر المريض على الدواء للمدة الكافية لظهور التحسن؟ هذه أيضا مشكلة أخرى لأن الكثيرين من المرضى ينتظرون التحسن من أول حبة من حبات الدواء ولنقل من أول علبة، وهو ما لا يحدث في حالات اضطراب الوسواس القهري، وكثيرون منهم لا يكررون الدواء ولذلك يعتبرون أنه لا فائدة منه وأن حالتهم مستعصية: وعليه فإن على الطبيب النفسي تفنيد كل هذه الاحتمالات وبيانها للمريض.

٤ـ عدم الالتزام بواجبات العلاج السلوكي: كثيرون من المرضى في بلادنا يظهرون اقتناعهم وفهمهم لما يقوله المعالج النفسي ولكنهم يبطنون غير ذلك! وهؤلاء بالتالي يعدون بأن يلتزموا مثلا بالتعرض ومنع الاستجابة القهرية ثم لا يفعلون ذلك: إما لعدم اقتناعهم أو لخوفهم أو ليأسهم. المهم أنهم يخفون

ذلك عن الطبيب النفسي ومعظم هؤلاء يفعلون ذلك وهم على اعتقاد بأن الدواء الذي يتناولونه سوف يقوم بعمل كل شيء؛ وكأنهم لا يريدون أن يجهدوا أنفسهم في العلاج فما دام هناك دواء فلماذا يتعبون أنفسهم! وقد بينت في السطور السابقة أن الدواء وحده ربما يقلل من الأفعال القهرية لكن منعها لابد أن ينتج عن العلاج السلوكي المعرفي: المهم أن نهاية هذا الطريق هي فشل العملية العلاجية كلها ليس لأن اضطرابهم من النوع المستعصي وإنما لأنهم لم يلتزموا بواجباتهم العلاجية.

وتعتبر الظروف التالية حسب آخر الدراسات (Erzegovesi, 2002) من أهم الأحوال التي يلاحظ فيها عدم الاستجابة لأدوية علاج الوسواس القهري سواء مجموعة الم.ا.س أو الم.ا.س.ا:

١- بداية أعراض الوسواس القهري في سن مبكرة

٢- وجود اضطراب العرات Tic Disorder مصاحبا لاضطراب الوسواس القهري.

٣- وجود اضطراب الرهاب الاجتماعي مصاحبا لاضطراب الوسواس القهري.

٤- وجود اضطراب شخصية شبه فصامية مصاحبا لاضطراب الوسواس القهري.

٥- وجود اضطراب شخصية قهرية مصاحبا لاضطراب الوسواس القهري.

٦- وجود وساوس التخزين Hoarding Obsessions.

٧- أن تكون الأعراض شديدة منذ بداية الاضطراب.

٨- عدم إحساس المريض بالآثار الجانبية الخفيفة للماسا في بداية العلاج.

أما الخطوات والمحاولات التي يجب على الطبيب النفسي وعلى مريضه المرور بها فهي خطوات عديدة يحتاج الطبيب كلما قرر البدء في خطوة منها أن يكون دقيقا في تأكده من مرور مريضه بالخطوة السابقة:

١- تغيير العقار الذي لم يعط تحسنا رغم استخدامه بجرعته المناسبة لفترة مناسبة (من عشرة أسابيع إلى اثني عشر أسبوعا) على الأقل، أو الدواء الذي لم يتحمل المريض آثاره الجانبية فقرر إيقافه. ويقوم الطبيب بوصف عقار آخر ويبدأ محاولة جديدة. وهناك من الدراسات ما يؤيد ذلك لأن عدم الاستجابة لواحد من العقاقير المختصة بزيادة السيروتونين لا تعني عدم الاستجابة لعقار آخر مختص بالسيروتونين أيضا، فمثلا من لا يستجيبون للفلوكستين Flouxetine يستجيب بعضهم للكلوميبرامين (Jenike et al.,1990) و(Pigott et al, 1990)؛ وقد كان ذلك ما دفع البعض

إلى افتراض أن هناك ناقلات عصبية غير السيروتونين يرتبط اضطرابها بالوسواس القهري نظرا لأنه من المعروف أن الكلوميبرامين يؤثر في العديد من الناقلات العصبية غير السيروتونين، بينما الفلوكستين يختص فقط بالسيروتونين: إلا أن هناك دراسات (Jenike & Rausch 1994)a لا تؤيد ذلك لأن دراسة أحدث أثبتت أن عقار السيرترالين Sertraline الذي يختص فقط بالسيروتونين (Jenike & Rausch 1994)b له فاعلية أكبر من الكلوميبرامين على اضطراب الوسواس القهري.

٢- العلاج التعزيزي Augmentation Therapy: ويعني ذلك تعزيز العقار الأول الذي استخدم بجرعة مناسبة ولمدة مناسبة من دون أن يعطي النتيجة المرجوة: فيضطر الطبيب النفسي إلى تعزيز ذلك العقار بعقار آخر غالبا ما يكون له تأثير يزيد من تركيز السيروتونين أيضا: فهناك على سبيل المثال عقار البوسبيرون Buspirone (Mrkovitz et al., 1990) وهو واحد من عقاقير علاج اضطراب القلق المتعمم، وهناك عقار الفينفلورامين Fenfluramine (Hollander et al, 1990) وهو واحد من عقاقير تثبيط الشهية التي كانت تستخدم لإنقاص الوزن لكنه لم يعد مطروحا في الأسواق، وهناك عقار الترازودون Trazodone (Hermish et al., 1990) وهو أحد مضادات الاكتئاب، وكلها عقاقير تزيد بطريقة أو بأخرى من تركيز السيروتونين في وصلات الدماغ العصبية: ومن الممكن أيضا أن يعزز العقار الأول بعقار آخر من مجموعة الماسا نفسها.

وقد يكون العقار التعزيزي مؤثرا في ناقل عصبي آخر غير السيروتونين فمثلا تستخدم مضادات الدوبامين وهي في الأصل عقاقير مضادة للذهان لتعزيز تأثير العقار الذي يزيد من تركيز السيروتونين (McDougle et al., 1990) لأن من الواضح أن هناك تداخلا بين التأثيرات المختلفة للناقلات العصبية في الدماغ البشري: ولكن الملاحظة العملية تقول إن ذلك يصلح في الحالات المصحوبة باضطرابات أخرى من اضطرابات نطاق الوسواس القهري مثل اضطراب اللوازم المزمنة (اضطراب العرات) واضطراب «توريت» وكذلك في اضطراب نتف الشعر وفي رهاب التشوه: أو في الحالات التي يوجد فيها اضطراب الشخصية الفصامية النوع (McDougle et al., 1994) و(Saxena et al., 1996) و(McDougle et al. 2000) و(Koran et al. 2000).

ومن الممكن كذلك أن تستخدم أدوية علاج القلق مثل الألبرازولام Alprazolam وكذلك مثل الكلونازيبام Clonazepam (Bodkin & White 1989) وللأخير تأثير يقلل القلق ويزيد تركيز السيروتونين أيضا. لكن المشكلة مع هذا النوع الأخير من الأدوية المضادة للقلق هي أن استخدامها لفترة طويلة يسبب التعود وربما الإدمان ولذلك لا يلجأ إليها الطبيب النفسي إلا في الحالات الحرجة ولمدة قصيرة وليس مع أي مريض بالطبع؛ لأن هناك من مرضى الوسواس القهري من تكون لديه قابلية للوقوع في دائرة الإدمان. لكن أكثرهم بفضل الله غير ذلك. وهناك أيضا دراسات عن التأثير التعزيزي لملح كربونات الليثيوم Lithium Carbonate وهو واحد من أهم مثبتات المزاج التي تستخدم في الطب النفسي (Golden et al.,1988) وله أيضا تأثير معزز للسيروتونين. وهناك أيضا من استخدموا إضافة إلى الليثيوم الحمض الأميني التريبتوفان (Rasmussen ,1984) الذي يتحول في الجسم إلى سيروتونين، وكل هذه النتائج طبعا وجدت من التجارب ما يؤيدها وما لا يؤيدها. كما أن من الباحثين من استعملوا واحدا من مثبطات البيتا Beta Blockers الحديثة وهو عقار البيندولول Pindolol (Perez et al 1999) و(Dannon et al., 2000). ووجدوا له أثرا تعزيزيا جيدا في الحالات المستعصية من اضطراب الوسواس القهري.

٣ـ استخدام مضادات الذهان الحديثة: على الرغم من أن المريض باضطراب الوسواس القهري يصف أعراضه وأفكاره بالجنون، وعلى رغم أن الطبيب النفسي في بعض الحالات يحس في داخله بأن مريضه على حافة الجنون: إلا أن استخدام مضادات الذهان مع مرضى اضطراب الوسواس القهري بمفردها لا يفيد! أما استخدامها إضافة إلى مضادات الوسواس القهري فهو مطلوب في نطاق ضيق من الحالات التي لا تستجيب للعلاج التقليدي للوسواس القهري. فهناك دراسات تشير إلى أن ما يقارب الخمسين بالمائة من مرضى الوسواس القهري، الذين لم يتحسنوا على مضادات الوسوسة (بعد مدة كافية من العلاج بجرعة مناسبة) تتحسن أعراضهم القهرية بشكل كبير بعد إضافة عقار الريسبيريدون وهو أحد مضادات الذهان الجديدة التي تضاد تأثير اثنين من الناقلات العصبية هما الدوبامين و السيروتونين (McDougle et al. 2000) و(Koran et al. 2000). ومن المهم هنا أن

أشير إلى المفارقة في هذا الاستخدام، لأن ما يحدث عند استخدام مضادات الذهان الحديثة في مرضى اضطراب الفصام هو ظهور أعراض وسواس قهري على بعضهم على رغم عدم حدوث ذلك لهم من قبل. وذلك بالطبع ناتج عن التأثير المضاد للسيروتونين.

٤ـ استخدام الصدمات الكهربية Electroconvulsive Therapy: نظرا لأن الكثيرين من مرضى اضطراب الوسواس القهري يعانون من اكتئاب مصاحب، وفي أحيان كثيرة يكون هذا الاكتئاب من الشدة بحيث يهدد حياة المريض بدفعه إلى الانتحار خاصة في حالات الوسوسة الدينية أو التي يكون فيها الشعور بالذنب شديدا: فإذا أضيف إلى ذلك فقدان المريض للأمل وعدم اقتناعه بجدوى أي من طرق العلاج فإن استخدام الصدمات الكهربية في علاجه أمر لابد من اللجوء إليه، فعندما تكون هناك عدم استجابة لعلاج الوسواس القهري ويكون الاكتئاب أحد الأسباب المحتملة لذلك فإن الكثيرين ينصحون بسرعة استخدام الكهرباء. ومن المعروف أن التحسن الذي سيشعر به المريض لا يمكن إرجاعه إلا إلى تحسن اكتئابه لأن من المعروف أن الصدمات الكهربية لا تعالج الوسواس القهري في حد ذاته. وإن كانت هناك أبحاث جديدة على طرق علاج باستخدام الرنين المغناطيسي عبر الدماغ Transcranial Magnetic Resonance للفص الأيمن الأمامي للمخ (Greenberg et al. 1997)، حيث وجدت دراسة حديثة أن ذلك يؤدي إلى نقص كبير في الرغبة في تكرار الفعل القهري لمدة تصل إلى ثماني ساعات بعد الجلسة: لكن العلاج باستخدام الرنين المغناطيسي بالطبع ما زال في مرحلة البحث ولم يطبق على نطاق كبير بعد.

٥ـ الجراحة العصبية Neurosurgery: وهي التي كانت تسمى قديما بالجراحة النفسية Psychosurgery، ويبدو أن الأمريكيين غيروا الاسم لأنه يحمل ذكريات سيئة لهم: فقد كانت الجراحة النفسية في بداياتها سيئة السمعة إلى حد بعيد نظرا لأن أساليب التدخل الجراحي نفسها لم تكن متطورة بالقدر الكافي، ولم تكن تعطي من النتائج إلا التقليل من مستوى الضيق والكرب النفسي اللذين يحس بهما المريض، وذلك بالطبع مقابل العديد من المشاكل الناتجة عن التدخل الجراحي في المخ لعل من أيسرها نوبات التشنج: المهم أن الجراحة النفسية لم يحدث أن طبقت على نطاق

واسع على المرضى النفسيين لأن نتائجها ـ كما قلت ـ كانت سيئة السمعة، وما زالت لا تطبق على نطاق واسع اليوم أيضا نظرا لوجود العديد من العقاقير التي تجعل الحاجة إليها نادرة جدا. ففي حالات الوسواس القهري مثلا يمكننا أن نقول إنه من بين كل أربعمائة مريض من الذين لم يستجيبوا للعلاج التقليدي لاضطراب الوسواس القهري مريض واحد فقط قد يحتاج إلى إجراء الجراحة النفسية: وبالطبع لا يرشح المريض باضطراب الوسواس القهري للجراحة النفسية إلا بعد أن تستنفد كل الوسائل المتاحة لعلاج الوسواس القهري بما فيها العقاقير والعلاج السلوكي والمعرفي (Baer et al., 1995).

وتقول نجمة الخرافي (نجمة يوسف . ١٩٨٥، ص٣٠) في حديثها عن العلاج بالبتر للحالات المستعصية من الوسواس القهري: «وقد لاحظ معظم الباحثين أن ٦٦٪ من المرضى يتحسنون بعد البتر، وقد لوحظ أيضا أن الطقوس الوسواسية تتحسن بصورة أقل من الاجترار، ويؤكد البعض أهمية العوامل الاجتماعية والبيئية بعد إجراء الجراحة. ومن العوامل المهمة جدا بالنسبة إلى البت في إجراء العملية شخصية المريض قبل أن يصاب بالمرض، ولحسن الحظ أن معظم مرضى الوسواس مواطنون صالحون ومستقرون ولذلك لا تتأثر الشخصية بصورة عكسية بعد البتر، وفي حالات نادرة قد تظهر أعراض وسواسية في شخصية سيكوباثية وقد يؤدي البتر هنا إلى تفاقم السلوك المضاد للمجتمع».

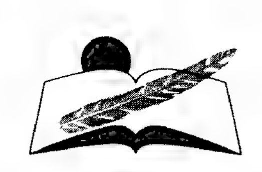
وقد استطاعت التقنيات الحديثة في جراحة الأعصاب أن تقلل بالطبع من المضاعفات التي تلي الجراحة النفسية، ولكن احتمال حدوث نزيف أو عدوى أو تشنجات أو تغير في الشخصية لا يزال قائما. وإن كان بنسب أقل مما كان يحدث في الماضي. وأما ما يقوم به الجراح هنا فهو قطع بعض القنوات العصبية في بعض مناطق المخ التي تصل بين القشرة الأمامية والنواة المذنبة والكرة الشاحبة في الدماغ المتوسط أي قطع حلقة الوسواس القهري المفرغة بشكل أو بآخر. والحقيقة أن النتائج التي نحصل عليها بعد ذلك لا تزال غير مشجعة. فكل ما يمكن أن يحدث هو تقليل للتوتر والضيق الذي يعاني منه المريض حتى آن الفكرة التسلطية نفسها كثيرا ما تظل ولكن دون أن تستثير لدى المريض ما كانت تستثيره من ضيق وقلق وتوتر قبل إجراء الجراحة.

أهمية إشراك الأسرة في العملية العلاجية

غالبا ما يكون أعضاء أسرة مريض اضطراب الوسواس القهري راغبين في مساعدة المريض لكنهم لا يعرفون كيف يفعلون ذلك. ومن المفيد أن يعلم الطبيب النفسي أهل المريض كيف يستطيعون مساعدة مريضهم. إلا أن الخطوة الأهم هي أن يفهم أعضاء الأسرة قدر الإمكان. طبيعة الاضطراب وطبيعة أعراضه وأن يتعلموا كيفية التعامل معها (Chambless & Steketee1999) و(Neziroglu et al. 2000) و(Shanmughai et al 2002) وأن يحذروا من التعبير المفرط عن مشاعرهم تجاه هذه الأعراض. فمعنى آن يفهموا طبيعة الاضطراب هو أن لا يلقوا اللوم على المريض ولو حتى من خلال التعليقات غير المباشرة لأن في ذلك ما يسبب ضررا أكثر من النفع (Vaughn & Leff.1976) و(Steketee. 1993. 1997). كما أن من المهم ألا يستسلموا تماما لوساوس المريض وطقوسه القهرية: لأن المدى الذي تصل إليه إعاقة الأعراض لحياة المريض وأسرته يعتمد كثيرا على مدى ما يظهر أعضاء الأسرة استعدادا لتحمله. ولأضرب هنا مثلا بسيدتين كانتا تعانيان من أفكار تسلطية تتعلق بالتلوث والإصابة بالمرض فأما إحداهما فكانت ترمي ملابسها وحذاءها وحقيبة يدها وغطاء رأسها في كل مرة تضطر فيها إلى زيارة المستشفى وكان زوجها العطوف يشتري لها ثيابا وحذاء وحقيبة يد جديدة. بينما السيدة الأخرى كانت تكتفي فقط بغسل ملابسها وتنظيف الحذاء والحقيبة بمطهر كحولي لأنها كانت تعرف أن زوجها لن يشتري لها بدائل لما ترميه دون سبب مقنع أو منطقي.

وبعض أسرة مريض الوسواس القهري ـ في أغلب الأحيان ـ يتصرفون بشكل يزيد من عذاب المريض من ناحية انتقادهم المتكرر لتصرفاته. واتهامهم له بالجنون! فهم يتصرفون تصرفات انفعالية لأنهم لا يعرفون طبيعة ما يعاني منه المريض. وبعض الأسر تتسم تصرفات أعضائها بصفة الحمائية الزائدة Over-Protectiveness بحيث إنهم يستسلمون تماما لأوامر المريض ويشاركونه أفعاله القهرية ويلتزمون بالقواعد التي يضعها لهم لفعل الأشياء. وهم في هذه الحالة يضرونه أيضا. لأن الأسلوب الأصح هو أن يوقن الجميع أن ما يعانيه المريض هو بسبب اضطراب نفسي وأن أفضل الطرق هي طمأنة المريض بأنه يستطيع التغلب على وساوسه ويستطيع التخلص من أفعاله القهرية إذا التزم بالبرنامج العلاجي المتفق عليه مع الطبيب النفسي المعالج.

ومن الممكن أيضا إشراك أعضاء الأسرة في العلاج السلوكي بحيث يكونون بمثابة معالجين مساعدين. ويستلزم ذلك أن يقوم الطبيب بشرح مفاهيم وأساليب العلاج السلوكي لأعضاء الأسرة (Neziroglu et al., 2000). وقد وجد الباحثون أن لذلك فائدة كبيرة في إنجاح أساليب العلاج المختلفة (Grunes, 1998) وبشكل خاص أساليب العلاج السلوكي (Knox et al.,1996). وإشراك أهل المريض معه في العملية العلاجية يساعده كثيرا في التغلب على مخاوفه. إلا أن المشكلة التي تجعل من إشراك الأسرة في العلاج سلاحا ذا حدين هي أن كثيرا من أعضاء الأسرة عادة ما يكونون هم أنفسهم مرضى بأحد الاضطرابات النفسية، والنسبة تصل إلى٥٠٪ من الحالات، ومنهم ١٠٪ يكونون مصابين باضطراب الوسواس القهري نفسه (Neziroglu et al., 2000). وفي بعض الأحيان خاصة إذا كان المريض طفلا فإن ذلك قد يكون مفيدا، لكنه في حالات كثيرة أخرى تكون نتيجته عكسية (Yaryura-Tobias et al., 2000).



5 المسار والمآل المرضي

أما المسار المرضي لاضطراب الوسواس القهري فمسار طويل من حيث المدة الزمنية، خاصة إذا عرفنا أن كثيرا من المرضى يستمرون في معاناتهم سرا فترة طويلة، ربما تصل إلى سنوات عديدة، وهم يخجلون من الشكوى من معاناتهم أو يخافون من وصفهم بالجنون أو الكفر! وهنالك أيضا من يعانون ولا يعرفون أن ما يعانون منه هو مرض يمكن أن يعالج كما ذكرت سابقا: ولكن ما الذي يحدث بعد أن يتخلى الإنسان عن سره الأليم؟ إن مسار المرض يعتمد الآن في مجتمعاتنا العربية - إلى حد كبير - على: لمن كشف المريض سره؟ هل لأبيه أو لأمه أو لمن هو في وضع أي منهما، هل للشيخ في المسجد، أو للأب في الكنيسة، هل لأخيه هل لصديقه.هل لطبيبه الباطني أو للصيدلي الذي يعرفه؟ إن الكلام عن المسار المرضي لمرض نفسي في بلادنا لابد مختلف عما هو عليه في البلاد الأخرى التي يتكلم فيها الأطباء النفسيون بطريقة يفهمها المجتمع الذي يعيشون فيه، بالشكل الذي يجعل معظم الناس يعرفون ما هو الوسواس القهري، ويدلون المريض بالتالي إلى

ـالبا ما يكون المسار
ـرحيا، بمعنى زيادة حدة
ـعراض بمرور الوقت.

المؤلف

الاتجاه الصحيح، لكن الذي لا شك فيه أن المريض المحاط بأناس أصحاء من الناحية النفسية، سواء في مجتمعاتنا أو غيرها يصل إلى الطبيب النفسي في نهاية الأمر.

فإذا أردنا أن نقدر المدة الزمنية التي يضيعها المريض بالوسواس القهري في مسالك غالبا ما تزيد من معاناته. أو على الأقل لا تفيده فلدينا بحث لأحمد عكاشه (Okasha et al.,1991) أوضح أن:

١ـ نسبة ٧٪ فقط من مرضى الوسواس القهري يصلون الطبيب النفسي خلال العام الأول للمرض.

٢ـ نسبة ١٨٪ من مرضى الوسواس القهري يصلون الطبيب النفسي خلال العام الثاني للمرض.

٣ـ نسبة ٤١٪ يصلون الطبيب النفسي بين العام الثاني والعام الرابع من ظهور أعراض المرض.

٤ـ نسبة ٢٦٪ يصلون الطبيب النفسي بين العام الرابع والعام الثامن من ظهور أعراض المرض.

٥ـ نسبة ١٠٪ يصلون الطبيب النفسي بعد أكثر من عشرة أعوام من ظهور أعراض المرض.

ومن الملاحظات الجديرة بالذكر في ذلك البحث أن المرضى من المناطق الريفية كانوا يصلون إلى الطبيب النفسي بعد مدة زمنية أقل من سكان المدن، ويبدو ذلك عكس المتوقع: إلا أن الحقيقة أن سكان الريف يلجأون بسرعة إلى الشيخ الذي يفشل في مساعدتهم: فيلجأون بعد ذلك مباشرة إلى الطبيب النفسي في المدينة، وربما كان لوجود الأخير في المدينة لا في القرية ما يسهل عليهم ذلك، أما سكان المدن فغالبا ما يمرون بعد الشيخ على جراح المخ والأعصاب ثم يستبدلون به آخر. كل ذلك هربا من وصمة المرض النفسي، التي هي أكثر تأثيرا عندنا في أوساط الطبقة المتوسطة من ساكني المدن منها في الريف. وذلك استنادا إلى ملاحظات العديد من الأطباء النفسيين، وإن لم تكن لدي دراسة تؤكده.

وبداية ظهور الأعراض غالبا ما تكون في العقد الثالث من العمر، أي ما بين العشرين والثلاثين، وإن كانت تظهر في سني المراهقة أو حتى الطفولة في بعض الحالات. وغالبا ما يكون المسار تدريجيا، بمعنى زيادة حدة

الأعراض بمرور الوقت، وإن اختلفت مواضيع الوساوس والأفعال القهرية من فترة لأخرى. فالذين يعانون من إعادة التحقق في فترة، يتحولون إلى مسرفين في غسيل أيديهم على امتداد المسار المرضي؛ وفي نسبة تصل إلى ٨٥٪ من المرضى يكون المسار المرضي للوسواس القهري مستمرا ما بين فترات اتقاد وانطفاء للأعراض (Rasmussen & Eisen 1989)؛ وهناك حالات يكون فيها ذلك المسار النوبي تعبير عن اضطراب وجداني مستتر تكون النوبة الوسواسية فيه بمنزلة نوبة بديلة عن الاكتئاب، ولعل ما يدل على ذلك هو حدوث أعراض نوبات الابتهاج في بعض هؤلاء المرضى بعد استعمالهم لعقار الكلوميبرامين. إلا أن المسار لا يعتمد على نوعية الأعراض أو محتوى الأفكار التسلطية أو الأفعال القهرية (Rasmussen & Eisen 1991)، لكن ذلك لا يمنع وجود علامات تشير إلى مآل أسوأ في بعض الحالات مثل:

١ـ الاستسلام للأفعال القهرية بدلا من مقاومتها.

٢ـ وجود بعض الاقتناع أو الاقتناع التام بالأفكار الوسواسية بدلا من رفضها.

٣ـ أن تكون الأفعال القهرية غريبة أو شاذة.

٤ـ وجود اضطراب شخصية كما يتضح من تاريخ حياة المريض قبل المرض، خاصة اضطراب الشخصية الفصامية النوع Schizotypal Personality Disorder.

٥ـ أن تكون بداية أعراض الاضطراب في سن الطفولة.

٦ـ أن يكون تأثير الأعراض في حياة المريض وأدائه الوظيفي كبيرا إلى الحد الذي يستدعي دخول المستشفى.

٧ـ وجود تاريخ للوسواس القهري في عائلة المريض.

٨ـ أن يتأخر المريض في اللجوء إلى الطبيب النفسي.

أما العلامات التي تشير إلى مآل أفضل فهي:

١ـ أن يظهر التاريخ الشخصي للفرد قبل المرض قدرا جيدا من التوافق والتكيف الوظيفي والاجتماعي: لأن ذلك يشير إلى شخصية متكيفة مع الحياة بطبيعتها.

٢ـ أن تتزامن بداية الأعراض مع حدث حياتي ذي تأثير في حياة المريض: أي أن تكون هنالك زيادة في الضغوط النفسية الحياتية، أو الكرب في الفترة التي تسبق أو تصاحب بداية المرض: ومن أمثلة ذلك الولادة أو الإجهاض أو الزواج أو إصابات الرأس، التي ينتج عنها ارتجاج في المخ أو استخدام المخدرات لأول مرة.

٣- أن تكون الأفكار التسلطية أو الأفعال القهرية عرضية في حياة المريض. أو بمعنى آخر أن يكون ظهورها مؤقتا أو محدودا من حيث المدة الزمنية. حتى إن تكررت على شكل نوبات.

٤- أن تكون مدة معاناة المريض من الأعراض قبل عرضه على الطبيب النفسي قصيرة: لأن هناك ما يشير إلى استجابة أفضل للعلاج كلما قصر عمر الأعراض.

التقديرات القديمة للمآل قبل اكتشاف عقاقير الوسوسة

كانت التقديرات التي تعطيها مراجع الطب النفسي لمآل اضطراب الوسواس القهري قبل تطور الطرق العلاجية متشائمة إلى حد كبير؛ وكان التقسيم يجري على أساس شدة الأعراض ومدى إعاقتها لحياة المريض، ففي الذين كانت شدة أعراضهم تصل إلى حد يستلزم دخول المستشفيات النفسية، كانت التقديرات أن ثلاثة أرباعهم. أي ٧٥٪ يبقون بلا تحسن لسنين تزيد على العشر، بينما يتحسن الربع الباقي. وأما في الحالات التي لم تكن تستدعي دخول المستشفيات. فكانت التقديرات أكثر تفاؤلا حيث يتحسن نصف المرضى تقريبا (Kringlen,1965)، وتقول الباحثة نجمة الخرافي (نجمة يوسف، ١٩٨٥ ص ٢٣): «إن المآل السيئ الذي ارتبط بالوسواس في السابق ليس له ما يبرره الآن. ولكن إذا أردنا تقييم المآل فلابد من دراسات إكلينيكية طويلة المدى. وذلك لأن بعض المرضى يمرون بفترات من الانتكاس والتحسن. مما قد يعطي انطباعا خاطئا عن المآل إذا ما كانت دراسة المتابعة قصيرة المدى. وقد أجريت بالفعل دراسات إرجاعية كثيرة، وأبدى باحثون عديدون أن معظم وسائل العلاج، باستثناء البتر الجبهي للمخ Leucotomy. ذات تأثير ضئيل في السير الطبيعي لمرض الوسواس». وتكمل الباحثة (نجمة يوسف، ١٩٨٥ ص ٢٥) تحت عنوان «مؤشرات خاصة بالمآل» فتقول: «إن طول مدة المرض وإرهاقه للشخص يدفعه باستمرار إلى التساؤل عن مآل مرضه. وتختلف الآراء حول العوامل الفعالة والخاصة بهذا الموضوع. وقد أبدى عدد كبير من الباحثين أن طول مدة المرض عند فحص المريض ينبئ بمآل سيئ، بينما يبشر سير المرض بصورة دورية بمآل أفضل. وليس لسن بدء المرض أو شدته عند البداية أو وجود طقوس وسواسية حركية أي علاقة بالمآل. أما سمات الشخصية قبل المرض

وعلاقتها بالمآل فقد اختلف حولها الباحثون. فكلما كانت الشخصية قبل المرض مضطربة، ساء المآل. ولكن قد يكون من المتعذر في الحالات المصابة بالوسواس الشديد التفرقة بين الأعراض والسمات الموجودة في شخصية المريض. فالسمات الوسواسية كانت أكثر انتشارا في الحالات التي تحسنت عند بعض الباحثين، بينما كان العكس هو الحادث بالنسبة إلى باحثين آخرين. وعلى أي حال فإن السمات الوسواسية، التي قد نعتبرها ميزة بالنسبة إلى بعض الناس وهم في حالة صحية طيبة، قد تشكل عائقا كبيرا يؤدي إلى امتداد فترة المرض عند تعرض الشخص للضغوط».

المآل المرضي للوسواس القهري عن (أحمد عكاشة، ١٩٨٤، ص ١٠٨)

الباحث	المكان	عدد المرضى	مدة المتابعة	شفاء	تحسن	لا تغير
جريمشو ١٩٦٥	انجلترا	٩٧	١ ـ ١٤ سنة	٪٦	٪٥٨	٪٣٦
انجرام ١٩٦١	إنجلترا	٤٦	١ ـ ١١ سنة	٪٩	٪٣٠	٪٦١
كرنجلر ١٩٦٥	النرويج	٨٥	١٣ ـ ٢٠ سنة	٪٤	٪٤٥	٪٤٥
لو ١٩٦٧	هونج كونج	٨٧	١ ـ ١٤ سنة	٪٢٠	٪٣٦	٪٤٤
مولر ١٩٥٣	سويسرا	٥٧	١٥ ـ ٣٥ سنة	٪٢٨	٪٥٠	٪٢٢
بوليت ١٩٥٧	انجلترا	٦٦	١ ـ ١٥ سنة	٪٢٤	٪٤٨	٪٢٨
رني ١٩٥٣	الولايات المتحدة	٤٧	٢٠ سنة	٪٣٦	٪٣٨	٪٣٦
رودين ١٩٥٣	ألمانيا	١٣٠	٢ ـ ٢٦ سنة	٪١٣	٪٢٦	٪٦١
عكاشة ١٩٦٩	مصر	٨٤	١ ـ ٥ سنوات	٪١٥	٪٥٠	٪٣٥

وتضيف الباحثة (نجمة يوسف، ١٩٨٥، ص ٢٤): «وأما الدراسات العامودية (الطولية /التتبعية) لمآل هذا النوع من الحالات فقد أظهرت تباينا في النتائج يختلف حسب شدة المرض ومدة المتابعة. وقد أظهرت دراسات التقصي لحالات القسم الداخلي والعيادة الخارجية، والتي قام بها عدد من الباحثين أن نسبة التحسن في المرضى بلغت حوالى ٦٦٪. وقد أظهرت دراسات أخرى أجريت على

مرضى القسم الداخلي فقط أن نسبة تتراوح بين ٢٥٪ و٣٩٪ من هؤلاء المرضى قد تحسنوا أو زالت عنهم الأعراض تماما، وعلى هذا الأساس فإن الحالات الشديدة، التي تقوم كذلك على أساس زمان الحالة وحاجة المريض للعلاج داخل المستشفى، تبلغ فرص التحسن فيها شخصا من كل ثلاثة أشخاص، بينما تبلغ النسبة المقابلة للحالات الخفيفة واحدا من كل شخصين. وقام لوب بدراسة مقارنة مفيدة قارن فيها مآل المرضى بين مجموعات آسيوية وأوربية، فثبت أن معدل التحسن بين السكان الصينيين في هونج كونج مرتفع جدا، وبلغ ٨٦٪. بالإضافة إلى كل ذلك فقد تحرى الباحثون في هذه الدراسات عن خطر الانتحار واحتمالات الإصابة بالذهان في حالات الوسواس. إن خطر الانتحار يصل إلى حوالي ١٪ وهي نتيجة لافتة للنظر بالنسبة إلى مجموعة من الأشخاص التي تعاني مرضا مزمنا، وتشعر بالعزلة وتتدهور علاقاتها الاجتماعية. ويصاب مرضى الوسواس بالاكتئاب الداخلي (أي الذهاني) أحيانا ولكن بنسب أقل من المتوقع. ويصاب بالفصام عدد أكبر من المرضى المصابين بالحالات الشديدة، وتبلغ نسبة الإصابة به ٤٪».

وظلت الصورة دون تغيير كبير في الأذهان حتى بداية الثمانينيات، أي قبل اكتشاف العلاج الدوائي، فكانت تشير إلى أن ٢٥٪ من مجموع المرضى يشفون من الأعراض تماما، و٥٠٪ يتحسنون، فبعضهم تقل حدة أعراضه، وبعضهم يمر في حياته بفترات اتقاد وانطفاء للأعراض. أما الباقون (٢٥٪) فيبقون كما هم أو تسوء أعراضهم (Nemiah, 1983)، ففي نسبة تزيد على الثلث من مرضى الوسواس القهري يحدث اضطراب اكتئاب جسيم، زيادة على أعراض الوسواس القهري؛ مما يجعل حياة المريض بائسة بشكل يبعث على الرثاء وربما يوصل بعض المرضى إلى الانتحار. وإن كانت نسبة الانتحار في اضطراب الوسواس القهري دون اكتئاب لا تتعدى ١٪؛ بينما تصل النسبة في مرضى الاكتئاب الجسيم إلى ١٥٪ على الأقل. وسوف ترد مناقشة لعلاقة الوسواس القهري بالاكتئاب في الفصل التاسع.

التقديرات الحديثة للمآل بعد اكتشاف عقاقير الوسوسة

أما الآن وبعد اكتشاف العلاج بالم.ا.س والم.ا.س.ا، وبعد تطوير طرق العلاج النفسي السلوكي والمعرفي فإن الصورة اختلفت إلى حد ما، وإن لم يكن كبيرا بالشكل الذي يعني انتصار الطب النفسي على اضطراب الوسواس

القهري انتصارا ساحقا: فأكثر التقديرات الآن تفاؤلا تشير الى آن ما بين ٦٠٪ حتى ٨٠٪ يشفون تماما أو يتحسنون إلى حد يسمح لهم بالحياة شبه الطبيعية وما بين ٢٠٪ حتى ٤٠٪ يبقون كما هم، او تسوء احوالهم (Kaplan et al.,1995). وما تزال دراسات متابعة مرضى الوسواس القهري لفترات طويلة وبصورة منهجية قليلة على مستوى العالم. لكن دراسة حديثه الى حد ما تمت فيها متابعة المرضى بالوسواس القهري لخمس سنوات (Steketee et al.,1999) أظهرت نتائجها ما يلي:

١- حدث تصاحب (أو تواكب) مرضي Comorbidity بين الوسواس القهري واضطرابات قلق آخرى في ٧٦ ٪، وبينه وبين اضطراب الاكتئاب الجسيم في ٣٣٪.

٢- وجدت سمات شخصية مضطربة الى الحد الذي يسمح بتشخيص اضطراب شخصية واحد على الأقل. وغالبا من المجموعة القلقة او الخوافة Cluster C في ٣٣ ٪.

٣- كانت نسبة الشفاء التام مع الاستمرار في العلاج ٢٠٪. بينما تحسنت الأعراض إلى حد كبير في٥٠٪.

٤- كان الزواج، وعدم شدة الحالة عند بداية الدراسة مؤشرين إلى المآل الجيد، بينما كان التصاحب المرضي مع الاكتئاب الجسيم مؤشرا إلى مآل سيئ.

بينما وجدت مجموعة آخرى من الباحثين (Zitterl et al., 2000)، وإن كانت مدة متابعة المرضى في دراستهم سنة واحدة، يتم تقييمهم خلالها، مرة عند بداية الدراسة ومرة بعد ستة آشهر ومرة عند نهاية السنة، أن اضطراب الاكتئاب الجسيم قد يظهر مصاحبا لاضطراب الوسواس القهري في بداية المرض أو بعد ستة آشهر، ولكنه يتحسن عندما تتحسن آعراض الوسواس القهري. واستنتج الباحثون آن هذا النوع من الاكتئاب الجسيم الذي يصاحب الوسواس القهري لا يؤثر سلبا في مآل اضطراب الوسواس القهري. ووجدت مجموعة ثالثة من الباحثين، تابعوا مرضى اضطراب الوسواس القهري لمدة سنتين (Eisen et al.,1999)، وكان منهم المتلقون لمحاولة علاجية باستخدام الماس لمدة مناسبة (٧٧ ٪ استخدموا الماس لمدة آكثر من أو توازي ١٢ أسبوعا بجرعة عادية و٦٨ ٪ استخدموه بجرعات عالية). وبعضهم ١٨٪ آكملوا محاولة كاملة من العلاج السلوكي، وكانت نتائج هذه الدراسة غير مشجعة إلى حد كبير:

١ـ بلغ احتمال زوال الأعراض تماما ١٢٪ فقط، بينما بلغت نسبة التحسن الجزئي ٤٧٪. وذلك على مدى السنتين اللتين تمت فيهما متابعة المرضى.

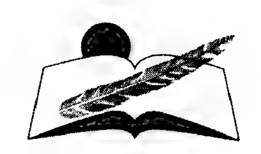
٢ـ كان هناك احتمال لحدوث انتكاسة Relapse بعد بلوغ التحسن التام في نسبة ٤٨٪.

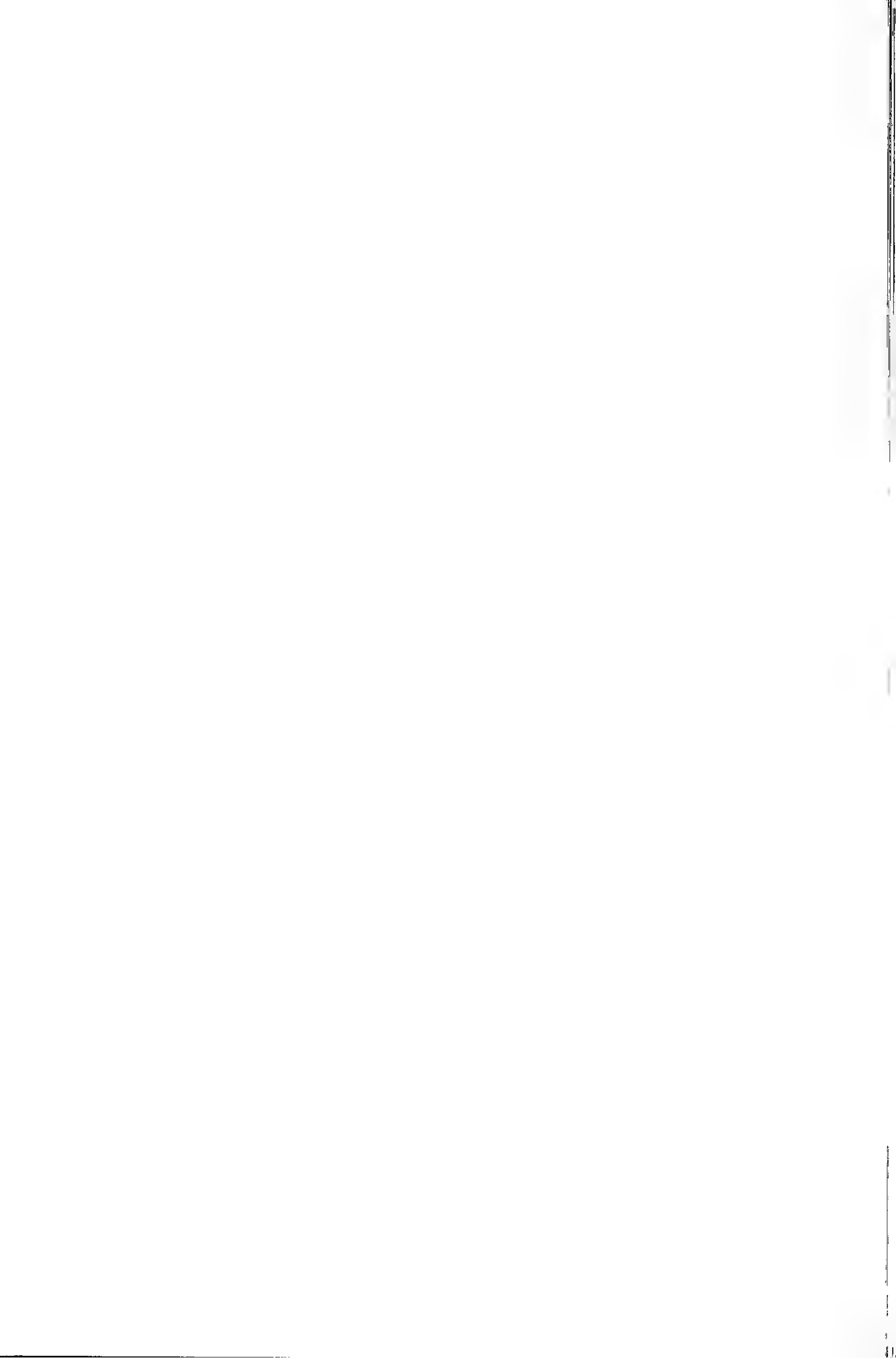
٣ـ لم تستطع الدراسة تبين وجود أي علاقة لمسار أو مآل اضطراب الوسواس القهري، مع أي من المتغيرات المشهورة في الأبحاث الطبية.

واستقراء نتائج البحث العلمي الحالي في الحقيقة إنما يشير إلى اختلاف في المآل في النوعين الكبيرين من اضطراب الوسواس القهري، وذلك بعد تقسيمه على أساس سن بداية الأعراض. ففي الحالات التي تبدأ فيها الأعراض قبل أو في سن العاشرة غالبا ما يكون مآلها أسوأ خاصة أن تصاحبا مرضيا يحدث مع العديد من الاضطرابات النفسية الخاصة بالأطفال أو غيرها كاضطراب العرات أو اضطراب توريت، بينما ينتظر مآل مرضي أفضل نوعا ما في الحالات التي تبدأ فيها الأعراض بعد سن السابعة عشرة، ويبدو الأمر متعلقا بتغيرات معينة في النسيج العصبي تكون أكثر وقعا وتأثيرا في حالة بداية الأعراض في سن الطفولة، وقد أشارت معظم الدراسات إلى هذا الرأي عند مناقشة هذه النقطة.

ومعنى ذلك أن هناك اختلافات بين نتائج الدراسات وأنه كلما طالت مدة متابعة المريض كانت الصورة أقل إشراقا، لأنه يبدو أن الدراسات التي أشارت إلى تحسن أو شفاء ما بين الستين والثمانين في المائة من المرضى كانت دراسات جاء فيها الحكم بسرعة، بمعنى أنهم تابعوا المريض أصلا بغرض متابعة تأثير الدواء الذي يتناوله، وهنا وقع أولئك الباحثون في فخ تقييم الدواء بدلا من تقييم المريض، والحقيقة التي تؤكدها الممارسة العملية للطب النفسي، ولو سئل أي طبيب نفسي فإن الإجابة الغالبة هي أن الأدوية من مجموعة الماس SRIs، أو الماسا SSRIs، تحسن مرضى الوسواس القهري الذين عالجهم ذلك الطبيب النفسي، ولم يصادفني خلال فترة عملي ـ كطبيب نفسي ـ والتي تزيد على العقد من الزمان أكثر من مرضى يعدون على أصابع اليد الواحدة لا يتحسنون، وهؤلاء بالطبع من بين المئات الذين يتحسنون بشكل يزيد من ثقتي في الماس أو الماسا الذي أصفه لهم.

لكن السؤال الذي لابد من طرحه لكي نكون واقعيين هو: كم في بلادنا من المرضى الذين لا يتحسنون على عقار وصفه لهم طبيب. كم منهم يرجع إلى ذلك الطبيب لكي يقول له أنه لم يتحسن. وكم منهم يستمر أصلا على العلاج لمدة ١٢ أسبوعا حتى يبدأ في الشعور بالتحسن؟ أعتقد أن الحكم على تأثير الماسا في مرضى الوسواس القهري في بلادنا ما زال يحتاج إلى بعض الوقت لكي تصبح دراسته بصورة علمية ومنهجية ممكنة الحدوث. فمعظم الناس في مجتمعنا تنا ما تزال المفاهيم الخاطئة المتعلقة بالأدوية النفسية راسخة في أفكارهم، مثل أنها تسبب الإدمان أو الخمول، أو أنها لا يمكن أن تعالج المعاناة النفسية؛ لأنها عقاقير مادية وغير ذلك الكثير من المفاهيم التي تجعل استمرار المريض على العقار الوقائي أمرا صعبا (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢ ص٢٦ - ٣٠).





٦ قياسات الوسواس القهري

هنالك فوائد عديدة يمكن أن نجنيها من استخدام المقاييس النفسية، فعندما نطبقها على الأفراد تتكون لدينا صورة موضوعية عن الجوانب الفردية للمشكلة وعن الأعراض المميزة للمريض المعين، فهناك ولا شك فروق فردية بين الناس وليس كل مريض كالآخر، خاصة في الاضطرابات النفسية؛ وتعتبر هذه الفروق بمنزلة الخيط الذي يستخدمه الطبيب النفسي في تفصيل خطته العلاجية التي تناسب مريضه المعين وتراعي اختلافه عن غيره. كما أنها تساعد في بيان نقط القوة ونقط الضعف في المريض؛ ثم إنها تمكننا من تقييم الأساليب العلاجية على نحو فعال (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨) ولعل المشكلة الأكبر فيما يتعلق بمقاييس الوسواس القهري هي التفريق بين ما هو عرض من أعراض اضطراب الوسواس القهري نفسه وبين ما هو سمة من سمات الشخصية القهرية، لأن الأسئلة التي يطلب من المفحوصين الإجابة عنها لا تستطيع بسهولة أن تفرق بين السمة والحالة.

وحتى عام ١٩٧٠ لم تكن هناك قياسات نفسية متاحة لقياس اضطراب الوسواس القهري، وأحد المقاييس الشائعة التي تعتبر أول

«ان الأسئلة التي يطلب من المفحوصين الاجابة عنها لا تستطيع بسهولة ان تفرق بين السمة والحالة»

المؤلف

قائمة شاملة هي قائمة لايتون للوسواس (Cooper, 1970) (LOI) والتي وضعت في العام نفسه وتتكون من تسعة وستين سؤالا، منها ستة وأربعون لقياس الأعراض القهرية، وثلاثة وعشرون سؤالا لقياس سمات الشخصية القهرية، ويستخرج من هذه القائمة بعد تطبيقها درجتان إحداهما للأعراض المرضية والأخرى لسمات الشخصية، وقد كشف تحليل المكونات الأساسية لاستجابات مفحوصين أسوياء (Cooper & Kelleher, 1973) عن المكونات الثلاثة الآتية:

١- الانشغال بالنظافة والترتيب والدقة .

٢- الشعور بعدم الاكتمال.

٣- المراجعة والتكرار.

ولكن أهم عيوب هذه القائمة هو عدم التنوع (Okasha & Raafat, 1991) وكذلك الوقت الطويل الذي يستغرقه تطبيقها وإن كانت القائمة تتمتع بثبات مقبول (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٩٢).

وتقول نجمة الخرافي (نجمة يوسف ١٩٨٥ ص ٧٩): «بالرغم من أن الاهتمام بالوسواس قد ظهر بين جميع علماء النفس المنتمين للنظريات المختلفة، ابتداء من فرويد سنة ١٩٢٣ إلى بيتش سنة ١٩٧٤ إلا أنه مازالت الحاجة لأداة مقننة لقياس مداه بالنسبة للعينة الإكلينيكية ولغير الإكلينيكية، والمشكلة في هذا المقياس معقدة نظرا لحقيقة أن الوسواس لا يظهر في شكل واحد وإنما في شكلين: أحدهما معروف بالشخصية الوسواسية التي تتميز بسمات وسواسية، كالترتيب والجمود وزيادة الحرص على النظافة والتحكم في النفس: والثاني هو الوسواس العصبي الذي يتميز بأعراض وسواسية كالفكرة القهرية والاندفاع والتردد والشعور بالذنب وممارسة طقوس معينة. وقد كانت هناك حاجة ملحة لإيجاد أداة مناسبة لقياس مدى حالات الاعتلال النفسي بالوسواس القهري، ولسد الفجوة في الاختبارات والمقاييس السابقة»، وأكمل أنا بعد أن أخذت بعض كلام الأخت نجمة فأقول: «والتي لم يكن منها واحد مختص بالوسواس كما عرفنا من قبل ووضعت لذلك قائمة ليتون للوسواس»، وسوف أقوم في آخر الفصل بعرض ترجمة الأخت نجمة لهذا المقياس من الإنجليزية للعربية مع مقتطفات من تعليقاتها وإن كانت بتصرف مني.

وفي عام ١٩٧٧ وضعت قائمة الأنشطة القهرية (CAC) كما وضعت قائمة مودسلي للوسواس القهري (MOCI) (Hodgson & Rachman, 1977)؛ وتتكون القائمة الأخيرة في صيغتها النهائية من ثلاثين عبارة وتختص بالأعراض القهرية وليس السمات، وتهدف إلى تقدير وجود مختلف الشكاوى القهرية ومدى شدتها وهي ذات خواص سيكومترية «قياس - نفسية» جيدة (Emmelkamp, 1982) وقد استخلص (Hodgson & Rachman, 1977) من تطبيقها على مائة من مرضى الوسواس القهري أربعة مكونات أساسية هي: المراجعة والنظافة والبطء والشك؛ وقد قام أحمد محمد عبد الخالق بترجمتها وإعدادها باللغة العربية (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٩٢).

وهناك أيضا قائمة بادوا (Sanavio, 1988) والتي تتكون من ستين بندا تصف الوساوس الشائعة والسلوك القهري بين العينات العادية (أي الجمهور العام) وبين الحالات الإكلينيكية (فرج عبد القادر طه، ١٩٩٤)؛ وهي صالحة للتطبيق على المرضى وعلى الأسوياء، ولها ثبات مقبول وقد استخرج منها أربعة عوامل أساسية (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٩٢) هي:

١- نقص السيطرة على الأنشطة العقلية.

٢- التلوث.

٣- سلوك المراجعة.

٤- الدفعات غير المقبولة والخوف من فقد السيطرة على السلوك الحركي.

وهناك بالطبع مقاييس نفسية تقيس الوساوس ضمن ما تقيس من الأعراض والسمات النفسية المتعددة أي أنها غير مختصة بقياس الوسواس القهري في حد ذاته ولكن أحد مقاييسها الفرعية يقيس الوسواس ومن أشهرها المقياس السابع في قائمة منيسوتا المتعددة الأوجه للشخصية MMPI وهو مقياس السيكاثينيا والذي يقيس الاجترار الوسواسي للأفكار والطقوس السلوكية القهرية، وبعض أشكال المخاوف الشاذة والقلق والهم وصعوبة التركيز، والشعور بالذنب والتردد الزائد، والتأرجح في اتخاذ القرارات؛ والمعايير الأخلاقية المرتفعة، وارتفاع معايير الأداء العقلي، ونقد الذات (Dahlstorm & Welsh, 1960)؛ ومن الواضح ارتباط هذه الأعراض بالاكتئاب وهو على أي حال ليس مقياسا نقيا للوسواس القهري وإنما يقيس إلى جانب الوسواس تصنيفات عصابية أخرى.

وهناك أيضا مقياس الوساوس في استخبار مستشفى ميدل سيكس وكذلك مقياس الوساوس في قائمة ميلون الإكلينيكية المتعددة المحاور وكلاهما معرب (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٩٢) ولكن هذه المقاييس الفرعية بالطبع أقل تنوعا من المقاييس التي تختص بالوسواس.

وعلى المستوى العربي قام أحمد عبد الخالق بالعمل الرائد الذي أسفر عن وضع القائمة العربية للوسواس القهري. لأن جميع المقاييس السابقة مترجمة عن أصول إنجليزية وهذه القياسات المترجمة وإن كانت تفيد في عقد المقارنات العلمية فيما بين الاضطرابات النفسية في مختلف بلدان العالم Transcultural Comparison حيث تسهل مقارنة نتائج الدراسات العلمية المختلفة إلا أن بنودها لم توضع على ضوء ثقافتنا العربية، وقد مر بناء القائمة العربية للوسواس القهري بعدة مراحل: ووصلت في شكلها النهائي إلى اثنين وثلاثين بندا استوعبتها ثمانية عوامل تقيس معظم أعراض الوسواس القهري: وهذه العوامل هي :(Abdel-Khalek, 1998)

١ـ عامل عام للوساوس القهرية، ٢ـ النظام والدقة والترتيب، ٣ـ التكرار والعد ، ٤ـ المراجعة، ٥ـ استحواذ الأفكار والقهر، ٦ـ الاجترار، ٧ـ البطء، ٨ ـ التدقيق. وتتمتع القائمة العربية للوسواس القهري بدرجة مرتفعة من الثبات والصدق (توفيق عبد المنعم توفيق، ٢٠٠٠) حتى في صيغتها المختصرة والتي تشمل ستة عشر بندا: وسوف أورد هنا الصيغة المختصرة لهذا المقياس الرائد.

استفتاء للشخصية

تأليف: أحمد محمد عبد الخالق

كلية الآداب ـ جامعة الإسكندرية

فيما يلي بعض العبارات التي يمكن أن يوصف بها أي شخص. اقرأ كل عبارة بعناية: وضع دائرة حول «نعم» أو «لا» التالية لكل منها معبرا عن رأيك بدقة. ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة: ولكن المهم أن تعبر عما تشعر به فعلا. أجب بسرعة ولا تفكر كثيرا في المعنى الدقيق لكل عبارة.

تسيطر على حياتي عادات خاصة ونظم معينة................................	نعم	لا
لا افكر كثيرا فيما يقوله الناس..	نعم	لا
اشك في أشياء كثيرة في هذا العالم......................................	نعم	لا
انا شخص متردد في كثير من الأمور..	نعم	لا
انسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة أو السيئة..................................	نعم	لا
اتاكد قبل النوم ولعدة مرات من أنني قد أغلقت الابواب والنوافذ..........	نعم	لا
كثيرا ما أشعر بأنني مضطر إلى ترتيب الاشياء أو أداء الأعمال بطريقة معينة...	نعم	لا
اتصور ان تحدث مصائب نتيجة لأخطاء بسيطة صدرت عني...............	نعم	لا
تشغلني اشياء تافهة وتسيطر على تفكيري..................................	نعم	لا
١٠ لا أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأي موضوع او عمل............................	نعم	لا
١١ لا اشعر أنني مجبر على فعل اشياء معينة......................................	نعم	لا
١٢ تطاردني الأفكار المزعجة والسخيفة..	نعم	لا
١٣ مشكلتي الاساسية هي مراجعة الأشياء بصورة متكررة......................	نعم	لا
١٤- تسيطر علي افكار سيئة واجد صعوبة في التخلص منها....................	نعم	لا
١٥ انا متفائل...	نعم	لا
١٦ - تخطر على بالي بعض الأسئلة التي يستحيل الاجابة عنها..................	نعم	لا

بعض هذه الأسئلة. تعد الإجابة عنها بنعم إجابة متفقة مع الوسوسة. وبعضها تعد الإجابة عنها بلا متفقة مع الوسوسة وكل سؤال تتم الإجابة عنه في الاتجاه الذي يتفق مع مفتاح التصحيح يعطى درجة واحدة.

وأجريت على المقياس العربي للوسواس القهري عدة دراسات في مصر وفي دولة الكويت وفي لبنان إضافة إلى مقارنته تطبيقيا على عينة من طلاب جامعة الكويت الكويتيين و الأمريكيين (Abdul-Khalek & Lester, 1999)a و(Abdul-Khalek & Lester, 1999)b و(Abdul-Khalek & Lester, 2000) كما استخدم البحث في دراسة أجريت على عينة من طلاب المدارس الثانوية والجامعة في دولة البحرين (توفيق عبد المنعم توفيق، ٢٠٠٠).

وفي دولة الكويت قام صفوت فرج حديثا أيضا بدراسة ٤٥٨ طالبا من طلبة جامعة الكويت «غير مرضى» بهدف فحص العلاقة بين عدد من أبعاد الشخصية ومتغيراتها، كالانبساط والانطواء /Extroversion

والعصابية Neuroticism والذهانية Psychoticism والاكتئاب Introversion ومصدر التحكم أو الضبط Locus of Control وتكامل الشخصية Personality Integration والدفاعات الموجبة أو الإيجابية Positive Defenses والتصلب أو العناد Stubbornness وبين الوسواس القهري ومكوناته الفرعية وكان من أهم نتائج هذه الدراسة الرائدة (صفوت فرج، ١٩٩٩) على مستوى القياس النفسي:

١- أن الدرجة الكلية لمعظم مقاييس الوسواس القهري لا تصلح أن تستخدم كأداة للتشخيص بمفردها.

٢- بين التحليل العاملي Factor Analysis للمكونات الفرعية للوسواس القهري في هذه المقاييس أن هذه المكونات الفرعية لا تجتمع حول محور واحد أو مع زملة اضطراب شخصي. ومعنى ذلك هو أن أعراض اضطراب الوسواس القهري تمثل زملة مرضية غير متجانسة.

ومن دولة الكويت أيضا قامت نجمة الخرافي بدراسة شاقة (نجمة يوسف، ١٩٨٥) أجرت فيها أبحاث المصداقية Validity والثبات (أو العول) Reliability لكل من قائمة ليتون للوسواس وقائمة ساندلر وهازاري للوسواس وكذلك مقياس السيكاثينيا المتضمن في اختبار مينوستا المتعدد الأوجه للشخصية بعد تعريب هذه المقاييس بالطبع وذلك على عينة من مرضى اضطراب الوسواس القهري الكويتيين وقارنتهم بعينة ضابطة من الأسوياء وقد تمت مناقشة هذا البحث بكلية الآداب جامعة عين شمس القاهرية وحصلت الباحثة على درجة الدكتوراه وكان ذلك عام ١٩٨٥.

وقد وضع جودمان وآخرون عام ١٩٨٩ مقياس يل - براون للوسواس القهري (Y-BOCS) كأداة ملاحظة تستخدم بشكل متكرر في الدراسات العلاجية لاضطراب الوسواس القهري وهي تساعد كثيرا في استخراج ما لم يذكره المريض وما لم يعتقد أنه ذو علاقة بالأمر في حياته؛ ومع ذلك ليس هذا المقياس أداة تشخيصية (Karno et al.,1988) وإنما يهدف تطبيقه على المريض باضطراب الوسواس القهري إلى التحديد الكمي لشدة الاضطراب وكذلك لتقييم الاستجابة لطرق العلاج المختلفة؛ وذلك من خلال تقييم الطبيب النفسي أو الاختصاصي

النفسي لعدة متغيرات في حالة المريض وإعطائها درجة تقديرية تختلف من صفر حتى أربعة حسب شدة الأعراض وهذه المتغيرات هي:

١- الوقت المضيع في الوسوسة.
٢- مدى تعارض الوساوس مع الأنشطة اليومية.
٣- مدى الضيق أو الكرب الناتج عن الوساوس.
٤- مدى المقاومة التي يبديها المريض للوساوس.
٥- مدى قدرة المريض على التحكم في الوساوس.
٦- الوقت المضيع في الأفعال القهرية.
٧- مدى تعارض الأفعال القهرية مع الانشطة اليومية.
٨- مدى الضيق أو الكرب الناتج عن الأفعال القهرية.
٩- مدى المقاومة التي يبديها المريض للأفعال القهرية. وأخيرا.
١٠- مدى قدرة المريض على التحكم في الأفعال القهرية.

ويعطى كل واحد من هذه المتغيرات درجة تقديرية ما بين الصفر في حالة عدم وجود المتغير إلى أربعة في حالة وجوده بشكل مفرط في الشدة: وبذلك تكون أعلى الدرجات هي أربعون درجة.

١- الوقت المضيع في الوساوس يوميا	صفر	أقل من ساعة	١ إلى ٣ ساعات	٣ إلى ٨ ساعات	أكثر من ٨ ساعات
الدرجة	٠	١	٢	٣	٤
٢- تعارض الوساوس مع الأنشطة اليومية	صفر	بسيطة	متوسطة	مُعيقة	مُعَجِّزة
الدرجة.	٠	١	٢	٣	٤
٣- الكرب أو الضيق الناتج	صفر	خفيفة	متوسطة	شديدة	مُعَجِّزة
الدرجة	٠	١	٢	٣	٤
٤- مقاومة المريض للوساوس	دائمة	كثيرًا ما يقاوم	بعض المقاومة	غالبا ما يستسلم	كليا يستسلم
الدرجة	٠	١	٢	٣	٤
٥- التحكم في الوساوس	تام	إلى حد كبير	بعض التحكم	تحكم بسيط	لا تحكم
الدرجة.	٠	١	٢	٣	٤

٦-الوقت المضيع في الطقوس يوميا	صفر	أقل من ساعة	١ إلى ٣ ساعات	٣ إلى ٨ ساعات	أكثر من ٨ ساعات
الدرجة:	٠	١	٢	٣	٤
٧- تعارض الطقوس مع الأنشطة اليومية	صفر	بسيطة	متوسطة	مُعيقة	مُعَجِّزة
الدرجة.	٠	١	٢	٣	٤
٨- الكرب أو الضيق الناتج:	صفر	خفيفة	متوسطة	شديدة	مُعَجِّزة
الدرجة.	٠	١	٢	٣	٤
٩- مقاومة المريض للطقوس	دائمة	كثيرًا ما يقاوم	بعض المقاومة	غالبا ما يستسلم	كليا يستسلم
الدرجة:	٠	١	٢	٣	٤
١٠-التحكم في الطقوس	تام	إلى حد كبير	بعض التحكم	تحكم بسيط	لا تحكم
الدرجة:	٠	١	٢	٣	٤

وقد تُرجِمَ هذا المقياس بمعرفة مركز الطب النفسي بجامعة عين شمس القاهرية كما استخدم في دراسة قام بها باحثون من قسم الطب النفسي بجامعة عين شمس (Okasha et al.,1994) لدراسة أعراض اضطراب الوسواس القهري في عينة من المصريين ومقارنتها بنتائج دراسات مماثلة في أنحاء شتى من العالم. واستخدم أحمد عكاشه هذا المقياس في دراسة حديثة (Okasha, 2001) قام بها على عينة من العرب المصريين شملت تسعين مريضا وهو يقول في تقديمه للمقياس أن من مميزات مقياس يل براون أنه يقدم أداة منظمة لقياس شدة الأعراض دون أن يتأثر بنوعية هذه الأعراض CAPMAS (Central Agency for Public Moblization & (Statistics) & UNICEF-Egypt,1992، كما بين استخدام هذا المقياس، في هذه الدراسة، أن أعراض معظم المرضى كانت ما بين المتوسطة الشدة والشديدة، حيث بلغت نسبة الذين قدرت أعراضهم بالشديدة حسب درجاتهم على المقياس نسبة ٧١.١٪ من الحالات. ويستنتج أحمد عكاشه من ذلك من مدى التحمل العالي للأعراض القهرية من جانب المرضى المصريين، كما قيم هذا المقياس وتمت مقارنته بالعديد من المقاييس الموجودة للوسواس القهري فكان أحسنها (Nakagawa, et al., 1996)، وأقدم الترجمة التي قام بها مركز الطب النفسي بكلية طب عين شمس القاهرية هنا:

أفكار تسلطية عدوانية	كانت	مازالت
١ هل يحدث أحيانا أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء نفسك؟	....	....
٢- هل يحدث أحيانا أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟	.. .. .	....
٣- هل تسيطر على أفكارك صور عنيفة أو مرعبة؟	. .	....
٤ هل يراودك خوف من أن تنطق بألفاظ خارجة عن اللائق او اهانات؟	.	....
٥ هل يراودك خوف من أن تفعل أي اشياء آخرى تكون مصدر احراج؟	....	... ...
٦ هل يراودك خوف من تنفيذ فكرة لا ترغب فيها (مثل ان تطعن صديقك)؟	.. ...	....
٧- هل يراودك خوف من أن تسرق شيئا ما؟	....	....
٨ هل يراودك خوف من ان تؤذي الآخرين نتيجة لعدم حرصك الكافي؟	....	....
٩ هل يراودك خوف من أن تكون مسؤولا عن اشياء رهيبة تحدث في مكان اخر (كالحرانق او السرقة مثلا)؟	....	....

أفكار النظافة التسلطية	كانت	مازالت
١- هل يشغلك التفكير في أو الاشمئزاز من إفرازات الجسم أو مخلفاته (على سبيل المثال البول: البراز: اللعاب)؟	....	....
٢- هل يشغلك كثيرا التفكير في القذارة والجراثيم؟	....	....
٣ هل تهتم اهتماما مبالغا فيه بملوثات البيئة (كالدخان او عادم السيارات مثلا)؟	....	....
٤ - هل تبدي اهتماما زائدا بالمنظفات المنزلية؟	....	....
٥ هل تبدي اهتماما مبالغا فيه بالحيوانات (الحشرات على سبيل المثال)؟	....	....
٦ هل يضايقك كثيرا التعامل مع مواد لزجة أو بقايا لزجة؟	....	....
٧ هل ينشغل بالك باحتمال أن تمرض نتيجة للتلوث؟	....	....
٨- هل ينشغل بالك باحتمال ان تتسبب في مرض الآخرين عن طريق نشر تلوث ما (من منطلق عدواني)؟	....	....
٩ هل يقتصر اهتمامك بالتلوث على ما سوف تشعر به لو انك اصبت بالتلوث؟	....	....
١٠ أخرى	....	....

أفكار جنسية تسلطية	كانت	مازالت
١ هل تراودك افكار او صور أو اندفاعات جنسية محرمة أو شاذة؟	....	....
٢- هل تدور هذه الافكار حول الأطفال أو المحارم؟	....	....
٣ هل لهذه الأفكار طبيعة شاذة جنسيا؟	....	....
٤ هل تراودك افكار بشأن اتيان سلوك جنسي عدواني نحو الآخرين؟	....	....
٥- اخرى	....	....

أفكار التخزين والحرص التسلطية	كانت	مازالت
١- هل تميل الى تخزين الأشياء وتجميعها وحفظها حتى وان لم يكن في ذهنك تصور لكيفية استخدامها؟	....	....
٢- هل تجد صعوبة التخلص من الاشياء حتى تلك التي لن تستخدمها؟	....	....
(يفرق بين التخزين والحفظ المتعلق بالهوايات كجمع طوابع البريد مثلا أو حفظ الأشياء ذات القيمة العاطفية للشخص)		

أفكار تسلطية دينية	كانت	مازالت
١ هل تمضي وقتا طويلا في التفكير في الفكر والخطيئة؟	....	....
٢ هل تبدي اهتماما بالغا بالأخلاقيات وبما هو صواب وخطأ؟	....	....
٣ اخرى	....	....

أفكار النظام والدقة التسلطية	كانت	مازالت
١- هل أنت شديد الترتيب والحرص على أن يكون كل شيء في مكانه وتتصور ان غياب هذا الترنيب قد يؤدي الى كوارث ما (على سبيل المثال سوف تتعرض الى كارثة ما اذا لم توضع الأشياء في مكانها الصحيح)؟	....	....
٢- هل انت شديد الترتيب والحرص على ان يكون كل شيء في مكانه حتى ان لم يترتب على عدم الترتيب هذا أي حوادث او مشكلات؟	....	....

أفكار تسلطية متباينة	كانت	مازالت
١ هل أنت كثير الانشغال بما يجب عليك أن تعرفه أو تتذكره؟	....	....
٢ هل تخاف من أن تقول بعض الأشياء التي لا تريد أن تقولها؟	....	....
٣ هل تخاف أن تقول شيئا لا يصح أن تقوله؟	....	....
٤- هل أنت كثير الخوف من أن تفقد أشياء معينة؟	....	....
٥ هل هناك صور معينة (غير عدوانية) تفرض نفسها عليك؟	....	....
٦ هل هناك أصوات أو كلمات أو أنغام لا معنى لها تفرض نفسها على تفكيرك؟	....	....
٧ هل تضايقك أصوات معينة؟	....	....
٨- هل تعتقد في وجود أرقام تجلب الحظ وأخرى تجلب النحس؟	....	....
٩- هل هناك ألوان معينة تحمل معنى خاصا لك؟	....	....
١٠- هل تعاني من مخاوف غيبية لا أساس لها في الحقيقة؟	....	....
١١- أخرى	....	....

أفكار تسلطية متعلقة بالجسد	كانت	مازالت
١ هل أنت كثير الانشغال بالمرض؟	....	....
٢ هل تبدي اهتماما مبالغا فيه بجزء ما من جسمك أو جانب ما من شكلك (على سبيل المثال هل تشعر أن جزءا منك متغير أو مشوه)؟	....	....
٣ أخرى	....	....

أفكار التنظيف والغسل التسلطية	كانت	مازالت
١ هل تغسل يديك بشكل طقسي أو مبالغ فيه؟	....	....
٢ هل تبالغ في الاستحمام أو غسيل الأسنان أو مباشرة نظافة جسمك وهل لك طقوس معينة بممارسة هذه المهام؟	....	....
٣- هل تبالغ في الحرص على نظافة الأدوات المنزلية أو الأشياء الأخرى؟	....	....
٤- هل هناك طقوس معينة تمارسها لتتجنب الأشياء التي تعتقد أنها ملوثة أو لتتجنب تلويثها؟	....	....
٥ أخرى	....	....

أفكار التحقق أو التأكد التسلطية	كانت	مازالت
١- هل تحتاج إلى التحقق أكثر من مرة من أنك اغلقت الأبواب أو الغاز ... إلخ؟	....	....
٢ هل تحتاج إلى التحقق المتكرر من أنك لم أو لن تؤذي الآخرين؟	....	....
٣- هل تحتاج إلى التحقق المتكرر من أنك لم تؤذ نفسك؟	....	....
٤ هل تحتاج الى التحقق المتكرر من أن شيئا بشعا لم أو لن يحدث؟	....	....
٥- هل تحتاج إلى التحقق المتكرر من أنك لم ترتكب خطأ ما؟	....	....
٦ هل هناك أشياء تفعلها بشكل متكرر للتأكد من سلامة جسمك؟	....	....
٧- أخرى	....	....

طقوس التكرار	كانت	مازالت
١- هل تحتاج إلى قراءة أو كتابة الأشياء أكثر من مرة لتتأكد من صحة ما قرأت أو كتبت؟	....	....
٢- هل تحتاج إلى تكرار بعض الحركات الروتينية كالخروج أو الدخول من الباب أو الجلوس على الكرسي والقيام من عليه؟	....	....

أفعال العد القهرية	كانت	مازالت
١ هل تكثر من عد الأشياء؟	....	....

أفعال الترتيب والتنظيم القهرية	كانت	مازالت
١- هل تكثر من ترتيب وإعادة تنظيم الأشياء؟	......	....

أفعال الحرص والتخزين القهرية	كانت	مازالت
١ هل تفشل في مقاومة جمع والاحتفاظ بالتوافه من الأشياء كأن تحتفظ بالجرائد القديمة أو تفرز القمامة أو تجمع أشياء لا فائدة لها؟	......	....
(يفرق بين التخزين والحفظ المتعلق بالهوايات كجمع طوابع البريد مثلا أو حفظ الأشياء ذات القيمة العاطفية للشخص)		

أفعال قهرية متباينة	كانت	مازالت
١ هل تمارس طقوسا ذهنية معينة (بخلاف العد والتحقق من الأشياء)؟	....	....
٢ هل تبالغ في كتابة قوائم لكل ما تريد أن تفعله أو تتذكره؟	....	....
٣ هل تشعر، في أحيان كثيرة، بالحاجة إلى أن تتكلم أو تسأل أو تعترف بشيء؟	....	....
٤ هل تشعر، في أحيان كثيرة، بالحاجة إلى أن تلمس أو تحتك بالأشياء؟	....	....
٥ هل تعانى من طقوس معينة في الطريقة التي تنظر بها إلى الأشياء ... كأن ترمش كثيرا أو تحملق كثيرا؟	....	....
٦ هل تتخذ بعض الإجراءات (غير تكرار التحقق) كي تمنع الأذى عن نفسك... عن الآخرين .... نتائج بشعة؟	....	....
٧ هل تمارس طقوسا معينة أثناء تناولك الطعام؟	....	....
٨- هل يتحكم التفاؤل والتشاؤم في تصرفاتك؟	....	....
٩ هل تكثر من نتف شعرك ولا تستطيع أن تتوقف عن ذلك؟	....	....
١٠ هل تقوم بأي تصرفات أخرى تتسبب لك في أذى أو تشوه؟	....	....
١١ أخرى	....	....

وهناك متغيرات أخرى يستطيع، من يطبق مقياس يل براون، تقديرها وإعطاءها درجة، لكنها لا تدخل ضمن الحساب التقديري لمدى شدة اضطراب الوسواس القهري، نظرا لعدم وجود دليل علمي قاطع على كونها عناصر جوهرية في اضطراب الوسواس القهري وإن كان المتغيران الأولان مهمان في تقدير مدى شدة اضطراب الوسواس القهري ولكنها كلها تهم الطبيب النفسي بالطبع وهذه المتغيرات هي :(Goodman et al,1989)

١- البصيرة Insight : ويقصد بها هنا إدراك المريض واقتناعه بلا معقولية أو تفاهة أفكاره التسلطية أو أفعاله القهرية أو زيادتها عن الحد المعقول.

٢- الاجتناب أو التجنب Avoidance: ويقصد به السلوك الاجتنابي الذي يسلكه المريض في محاولة منه للتحكم في أعراضه القهرية سواء كانت أفكارا أو أفعالا وذلك من خلال تجنبه للأماكن أو المواقف التي تستثير فيه الأعراض، كأن تتجنب المريضة السير من أمام المستشفيات مثلا أو تمتنع عن زيارة أي من ذويها إذا دخلوا المستشفى.

٣- التردد أو عدم القدرة على الحسم Indecisiveness: وهذه سمة من سمات الموسوسين تظهر في صعوبة اتخاذ القرارات اليومية والشك والتأمل المزعج في أحداث الحياة اليومية العادية؛ ولكن ارتباطها باضطراب الشخصية القهرية ربما يكون أكثر من ارتباطها باضطراب الوسواس القهري.

٤- الإحساس المرضي بالمسؤولية Pathological Responsibility : ويقصد به إحساس المريض بمسؤوليته عن أمور ليس في مقدوره أن يكون مسؤولا عنها وربما كان لذلك ارتباط بالإحساس بالذنب أو بالإفراط في الالتزام وربما أيضا يكون ذلك مرتبطا بسمات الشخصية.

٥- البطء الوسواسي أو المرضي Pathological Slowness: ويقصد به قضاء فترات مفرطة في الطول (ساعات) لقضاء أفعال يفعلها معظم الناس خلال دقائق؛ وعلاقة هذا المتغير باضطراب الوسواس القهري تكون غير واضحة في كثير من الأحوال ومرة أخرى قد تكون له علاقة باضطراب الشخصية القهرية.

٦- الشك المرضي Pathological Doubting : وهو أيضا واحد من المتغيرات غير واضحة العلاقة باضطراب الوسواس القهري حيث يصل من يعاني منه إلى أبعاد لا معقولة في شكوكه.

قائمة لايتون للوسواس

تقيس هذه القائمة كلا من الأعراض الوسواسية والسمات الوسواسية وتشمل هذه القائمة اثنين وأربعين سؤالا للأعراض تندرج تحت العناوين التالية:الأفكار الطارئة، التحقيق، القذارة والتلوث،الأشياء الخطرة، النظافة الشخصية والنظام، نظافة وترتيب المنزل، النظام والروتين،التكرار. حساسية الضمير المفرطة وعدم الرضا، التردد، (وهي أسئلة تشير إلى موضوعات هي أساس لأعراض وسواسية) وعشرين سؤالا للسمات تندرج

تحت العناوين التالية: التكديس والبخل، الإثارة وانحراف المزاج، الجمود، الصحة، النظام، الدقة في المواعيد، (وهي أسئلة تشير إلى موضوعات هي أساس لسمات وسواسية)، وفي ضوء التناقضات المدونة بين الأعراض والسمات، فإن بعض الموضوعات قد غطي مرتين، سؤال في قسم الأعراض مصاغ بطريقة تظهر شكوى أو دراية بأن النشاط غير سار وسؤال آخر في الموضوع نفسه في قسم السمات مصاغ بطريقة تكون الإجابة عنه بالإيجاب يفهم منها ضمنا القبول وكمثال على ذلك (نجمة يوسف , ١٩٨٥ ص ٨٢):

السؤال رقم٤٢ في أسئلة الأعراض ـ هل تسأل نفسك أو تصيبك الشكوك حول ما تقوم به من أفعال؟

والسؤال رقم٤٥ في أسئلة السمات: هل تفتخر بأنك شخص يفكر في الأمور بحرص شديد قبل اتخاذ القرارات؟

الأعراض الوسواسية:

أولا: الأفكار الطارئة	نعم	لا
١ـ هل تشعر كثيرا بأنك مدفوع إلى عمل أشياء معينة على الرغم من إدراكك لعدم ضرورتها؟	....	....
٢ـ هل تتوالى كثيرا على فكرك أفكار أو كلمات مزعجة أو مخيفة؟	....	....
٣ـ هل حدث أن تخيلت بصورة ملحة أن أحد الأفراد القريبين منك مثل أولادك أو زوجتك أو والديك سيصاب بحادث أو أن مكروها أصابهم؟	....	....
٤ـ هل أزعجتك في أي وقت من الأوقات أفكار تدور حول إيذائك لنفسك أو لفرد من أسرتك- وكانت هذه الأفكار تظهر وتختفي دون سبب معين؟	....	....
٥ـ هل تجد نفسك مدفوعا إلى مراجعة الأشياء التي تنجزها عدة مرات بعد أن تتمها أو تفرغ منها؟ (أكثر من ٣ مرات)	....	....
٦ـ هل تجد نفسك مدفوعا إلى التأكد من إغلاق صنابير الغاز او الماء أو مفاتيح الإضاءة مرات عديدة بعد قيامك بإغلاقها؟	....	....
٧ـ هل حدث أن شعرت بأنك مدفوع إلى الرجوع إلى منزلك مرات عديدة للتأكد من أن الأبواب والنوافذ والخزانات مغلقة بإحكام؟	....	....

ثانيا: القذارة والتلوث

٨- هل حدث أن شعرت باشمئزاز غير عادى من شيء لمسه، أو استعمله، أحد غيرك من قبل؟	....	....
٩- هل تكره أن يحتك بك الآخرون بالصدفة أو يلمسك أحد بأي صورة من الصور؟	....	....
١٠- هل تشعر أن مجرد المس البسيط لإفرازات جسمك مثل العرق أو اللعاب - مجرد اللمس تعتبره أمرا مزعجا أو خطرا أو قد يلوث ملابسك أو أشياءك؟	....	....
١١- هل يشغل بالك بشدة عدم ذهابك إلى دورة المياه للتبرز ليوم كامل؟	....	....

ثالثا: الأشياء الخطرة

١٢- هل حدث أن شغلت بالك، بإلحاح، أفكار تدور حول وجود الدبابيس والإبر متروكة بلا عناية في أي مكان؟	....	....
١٣- هل تشغل بالك بإلحاح الأدوات المنزلية القابلة للكسر أو التفتيت؟	....	....
١٤- هل تسبب لك رؤية السكاكين أو الشواكيش أو السواطير أو الأدوات الحادة الخطرة الموجودة في منزلك الانزعاج والعصبية؟	....	....

رابعا: النظافة الشخصية والنظام

١٥- هل تميل إلى الانشغال بشكل مبالغ فيه بنظافتك الشخصية أو هندامك؟	....	....
١٦- هل تبالغ في الاهتمام بنظافة يديك؟	....	....
١٧- هل حدث أن طلبت غسل أو تنظيف ملابس لم تكن في واقع الأمر غير نظيفة لتحتفظ برونقها ونظافتها الشديدة؟	....	....
١٨- هل تحرص بشدة على أن تكون ملابسك التي ترتديها دائما نظيفة ومنمقة بغض النظر عن طبيعة العمل الذي تقوم به؟	....	....
١٩- هل تجد نفسك مدفوعا لوضع أغراضك الشخصية في أماكن معينة وثابتة أو بترتيب معين؟	....	....
٢٠- هل تجد نفسك مدفوعا إلى الاهتمام بتعليق ملابسك ليلا قبل أن تأوي إلى فراشك مهما كنت متعبا أو مريضا؟	....	....

خامسا: نظافة وترتيب المنزل

٢١- هل تجد نفسك مدفوعا لأن يبدو منزلك شديد النظافة والترتيب دائما وبصورة مفرطة؟	....	....
٢٢- هل يثير قلقك بشدة أن تظل غرف من غرف منزلك غير مرتبة أو ليست نظيفة تماما ولو لمدة وجيزة؟	....	....
٢٣- هل تثور بشدة على الأطفال إذا أخلوا بنظام ونظافة غرفتك؟	....	....
٢٤- هل تصر على وجود الأثاث واللوحات الفنية والتحف دائما في نفس أماكنها بالضبط؟	....	....
٢٥- هل تصر على أن تظل وسائد المقاعد في وضعها دائما بالضبط؟	....	....
٢٦- هل حدث أن شعرت بأنك مدفوع إلى تنظيف أو غسل أشياء لمرات عديدة متكررة لمجرد التأكد من أنها فعلا نظيفة؟	....	....

سادسا: النظام والروتين

٢٧- هل تجد نفسك مدفوعا للالتزام بجدول مواعيد معين أو اتباع روتين صارم عند قيامك بأعمالك اليومية البسيطة؟	....	....
٢٨- هل تجد نفسك مدفوعا للالتزام بنظام معين عند لبس أو خلع ملابسك أو عند الاغتسال أو الاستحمام؟	....	....
٢٩- هل تنزعج إذا لم تتمكن من القيام بأعمالك في أوقات محددة أو بنظام معين مهما كان السبب الذي منعك من ذلك؟	....	....

سابعا: التكرار

٣٠- هل حدث أن وجدت نفسك مدفوعا إلى إعادة أعمال قمت بها مرات عديدة رغم أنك قمت بها بصورة صحيحة منذ المرة الأولى؟	....	....
٣١- هل حدث أن وجدت نفسك مدفوعا في أي من الأوقات إلى عد أشياء أو مراجعة أرقام في ذهنك مرات عديدة وبصورة ملحة؟	....	....
٣٢- هل تتأخر في القيام بإنجاز عملك لأنك تجد نفسك مدفوعا لتكرار شئ آخر مرات عديدة؟	....	....

ثامنا: حساسية الضمير المفرطة وعدم الرضا		
٣٣ هل تعتبر نفسك شخصا يشعر كثيرا بتوبيخ الضمير بخصوص أشياء تعتبر عادية جدا؟	....	....
٣٤ هل أنت من النوع الذي يهتم بالتفاصيل اهتماما مفرطا؟	....	....
٣٥- هل يحدث في كثير من الأوقات أن تجد نفسك موضع تأنيب الضمير وأنك بالغ الصرامة مع نفسك؟	....	....
٣٦ هل يحدث أن تجد نفسك مدفوعا إلى تضييع وقتك في أداء عمل بشكل متقن اكثر من اللازم لمجرد التأكد من أنك قمت فعلا بإنجازه؟	....	....
٣٧- هل تشعر غالبا حتى بعد قيامك بعمل ما بصورة دقيقة أنك بشكل أو بآخر لم تنجزه بالصورة المطلوبة فعلا؟	....	....
٣٨ هل تشعر بالتوتر أو الذنب إذا لم تتمكن من القيام بشيء ما بالصورة التي تريدها بالضبط؟	....	....
٣٩- هل تفشل دائما في شرح الأمور بالصورة المطلوبة على الرغم من تفكيرك مسبقا وبصورة دقيقة فيما ستقوله؟	....	....
تاسعا: التردد		
٤٠ هل تجد صعوبة في اتخاذ القرارات البسيطة؟	....	....
٤١- هل تقلب الأمور في ذهنك مرات ومرات ولمدة طويلة قبل أن تصل إلى قرار يتعلق بها؟	....	....
٤٢- هل تسأل نفسك أو تصيبك الشكوك حول ما تقوم به من أفعال؟	....	....

السمات الوسواسية:

ولوضع أسئلة عن هذه الموضوعات يعني أن نطلب من الشخص أن يعطي إجابة بدون تعليق عن نفسه. لذا فإن هذا يحتمل أن يكون أقل الأجزاء إقناعا في القائمة.

أولا: التكديس	نعم	لا
٤٣- هل تجد صعوبة في التخلص من الأشياء التي لا تحتاجها؟	....	....
٤٤- هل تحتفظ بكمية كبيرة من الصناديق الفارغة أو أكياس الورق	....	....

أو الصحف أو العلب الفارغة لأنك تشعر أنك قد تحتاج اليها في يوم من الأيام؟	....	....

ثانيا: البخل

٤٥- هل يسعدك توفير المال أكثر من إنفاقه؟	....	....
٤٦ هل أنت أكثر حرصا على تداول المال من معظم الناس الذين تعرفهم؟	....	....
٤٧- هل تحتفظ بدفتر حساب منظم تدون فيه ما انفقته يوميا؟	....	....

ثالثا: سرعة الإثارة وانحراف المزاج

٤٨ ـ هل تميل عادة إلى النظر إلى الجانب القاتم من الأمور؟	....	....
٤٩ ـ هل غالبا ما يثيرك الناس ويشعرونك بالغضب؟	....	....
٥٠ ـ هل تغضب أو تثور إذا لم يفعل الناس الأشياء بدقة أو بصورة متقنة؟	....	....

رابعا: الجمود

٥١ ـ هل تحاول تجنب التغيير في نظام منزلك أو عملك أو في الطريقة التي تقوم بها بأداء أي شيء؟	....	....
٥٢ ـ هل تحاول تجنب تغيير رأيك بعد اتخاذ قرار بخصوص شيء معين؟	....	....
٥٣- هل أنت من الناس الذين يحبون الالتزام بالقواعد والقرارات مهما كانت المعارضة او الصعوبات التي تصادفك؟	....	....
٥٤- هل تفتخر بأنك شخص يفكر في الامور بحرص شديد قبل اتخاذ القرارات؟	....	....

خامسا: الصحة

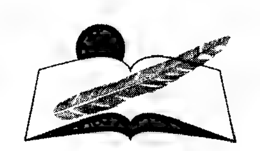
٥٥ هل تعتبر التبرز يوميا مهما لصحتك؟	....	....
٥٦- هل كثيرا ما تنتابك مخاوف من أنك قد تعاني مرضا خطيرا أو مرض السرطان؟	....	....

سادسا: النظام

٥٧- هل أنت شخص منظم ومرتب جدا في حياتك؟	....	....
٥٨ هل تحب أن تتم الاشياء بالضبط وبصورة تشمل التفاصيل؟	....	....
٥٩- هل تعتبر اتباع القواعد واللوائح بالضبط مهما؟	....	....
٦٠ هل تحب أن تكون لك أوقات منتظمة ثابتة وتعليمات محددة للقيام بعملك؟	....	....

سابعا: الدقة في المواعيد

٦١ هل تتأخر لأنك لا تستطيع انجاز كل شيء في الوقت المحدد؟	....	....
٦٢ إذا كنت على موعد مهم: هل تجد نفسك مدفوعا للتفكير والتخطيط مسبقا بالتفصيل الذي سيجرى في هذا الموعد أو في هذه المقابلة؟	....	....



7 مفاهيم كانت ومفاهيم ما زالت عن الوسواس القهري

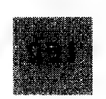
بعض هذه المفاهيم موجود عند الناس والأطباء من غير الأطباء النفسيين، وبعضها موجود أو كان موجودا عند الأطباء النفسيين أنفسهم، بل هو مكتوب في مراجع الطب النفسي التقليدية؛ وبعض هذه المفاهيم ثبت عدم صحتها وبعضها لم تثبت صحته ولم يثبت عدم صحته، ولا تزال الأبحاث الطبية تحاول الفصل في ذلك؛ وسوف يناقش هذا الفصل هذه المفاهيم محاولا توضيح أسباب تشكلها والأطوار الفكرية التي مرت بها في محاولة للوصول إلى فهم أفضل لاضطراب الوسواس القهري.

(١) الوسواس القهري نوع من الجنون

أما السبب في ذلك المفهوم فيرجع إلى طبيعة الأعراض التي يبدو بها اضطراب الوسواس القهري، من حيث انفصالها عن المنطق ومن حيث تحديها للإرادة، لأن ذلك يوهم من يرى الأعراض من دون أن يكون على دراية بطرق التشخيص في الطب النفسي أن يعتبرها علامة

«هل الوسواس القهري نوع من الجنون؟»

المؤلف



على الجنون، والحقيقة أن مفهوم الجنون أصلا غير واضح عند الكثيرين بل إنه غير محدد المعالم تماما في الفكر الإنساني كله؛ وهكذا رأى العرب والمسلمون القدماء مريض الوسواس القهري الذي لا تفيده الاستعاذة بالله من الشيطان على أنه مجنون: لأنهم لم تكن لديهم بالطبع فكرة عن وسواس غير وسواس الشيطان ووسواس النفس، ففي بحث عربي لطارق بن علي الحبيب إثبات لرد حالات الوسواس القهري إلى الجنون عند بعض علمائنا: يقول طارق الحبيب (طارق الحبيب،٢٠٠٠): «كما اختلف العلماء في نظرتهم إلى الوسواس، فقد ذكر الجويني في التبصرة في الوسوسة أن الوسواس يحدث بسبب نقص في غريزة العقل أو جهل بمسالك الشريعة. والذي يبدو أن معنى الوسواس عند معظم العلماء السابقين ـ رحمهم الله ـ معنى واسع يشمل جميع أنواع الوسواس التي ذكرناها ابتداء لكنهم نسبوها جميعا إلى الشيطان ولم يقبل أحد منهم ـ حسب بحثي ـ أن هناك وسواسا مرضيا سوى ما ذكره أبو الفرج بن الجوزي عن أبي الوفاء بن عقيل «أن رجلا قال له: أنغمس في الماء مرارا كثيرة وأشك: هل صح لي الغسل أم لا. فما ترى في ذلك؟ فقال له الشيخ اذهب، فقد سقطت عنك الصلاة . قال: وكيف؟ قال: لأن النبي صلى الله عليه وسلم قال: «رفع القلم عن ثلاثة: المجنون حتى يفيق، والنائم حتى يستيقظ والصبي حتى يبلغ، ومن ينغمس في الماء مرارا ويشك هل أصابه الماء أم لا فهو مجنون»، ويستكمل طارق كلامه معلقا: ولا أدري حقيقة هل أراد أبو الوفاء بن عقيل رحمه الله تأديب السائل وزجره بجوابه ذلك، أم أنه يرى حقيقة أنه مريض، وإذا قبلنا الثانية فإنه يبدو أن معظم هؤلاء العلماء لم يكونوا يتعاملون مع الحالات الشديدة من الوسواس على أنها حالات وسواس مرضي خارج عن إرادة الفرد، وإنما على أنها لون من الجنون أو نقص في غريزة العقل كما مر بنا».

وأما في التراث الغربي القديم إنجليزيا كان أو فرنسيا أو ألمانيا أو إيطاليا فقد كانت المسميات التي يطلقونها على أعراض الوسواس القهري كلها تشير إلى ربطه بخلل منطقي (Pinel, 1962) أو بالهذاءات أو الوهامات Delusions (Esquirol, 1938) والتي هي حجر الزاوية في تشخيص الجنون: وكذلك ربطوه بجنون الاضطهاد Paranoia: (Morselli, 1886) ومنهم من اعتبر الوساوس وهامات في مرحلة التكوين (Bumke, 1944)، وظل الوضع الفكري الغربي كذلك

إلى أن بدأ النصف الأول من القرن العشرين وعرف جانيه Janet (Janet, 1908) وكورت شنيدر K. Schneider (Schneider,1925) علة الوسواس القهري تعريفا يركز على وجود البصيرة عند المريض (أي المعرفة بتفاهة أو عدم منطقية أفكاره أو أفعاله القهرية وبناء عليه مقاومته لها)؛ وذلك ما يجعل مريض الوسواس القهري مختلفا عن مريض الذهان بأنواعه أو الفصام إذا أردنا التحديد: حيث كانت المشكلة التي تواجه الطبيب النفسي عندما يفكر بطريقة شنيدر هي «وماذا يكون التشخيص إذا لم يكن مريض الوسواس القهري مقتنعا بتفاهة أو عدم صحة أفكاره التسلطية أو أفعاله القهرية؟» وكانت الإجابة حسب تعريف شنيدر هي أن المريض هنا قد أصابه الجنون أو الفصام بشكل أدق! إلا أن الملاحظات السريرية للأطباء النفسيين لم تكن تتفق مع ذلك؛ لأن نسبة لا يستهان بها من مرضى اضطراب الوسواس القهري يقتنعون بعد فترة من المعاناة بأن وساوسهم صحيحة أو أن أفعالهم القهرية صحيحة ولكنهم لا يظهرون أعراض الفصام ولا يستريح الطبيب النفسي لتشخيصهم بالفصام؛ وهناك أيضا من اعتبر أن هؤلاء يمثلون مجموعة من المرضى يقعون بين الوسواس والذهان أو الفصام، أي تحمل أعراضهم بعض صفات الوسواس أو الفعل القهري وبعض صفات الهذاءات أو الوهامات (Lewis, 1936).

والحقيقة التي لابد من ذكرها هنا توضيحا للأمور هي أن النظرة التقليدية التي كان ينظر بها الأطباء النفسيون إلى مرضاهم كانت تقتضي منهم تقسيم مرضاهم إلى قسمين كبيرين: أحدهما هو العصاب والآخر هو الذهان، فأما القسم الأول وهو العصاب فيشمل تلك الأمراض التي لا تؤثر في عقل الفرد ولا يفقد معها استبصاره أو قدرته في الحكم على الأمور لكنها تنقص نشاطه بعض الشيء، كالحزن الشديد المستمر لفترات طويلة، وعدم قدرة البعض على التوافق مع بعض مستجدات الحياة (اضطرابات التأقلم)، وكذلك اضطراب الوسواس القهري، والمسمى في الكتب القديمة عصاب الوسواس القهري، ومعنى ذلك أن مريض الوسواس القهري يحتفظ بالبصيرة وهذا هو ما يبقيه ضمن القسم العصابي من المرضى النفسيين .

وأما القسم الثاني وهو الذهان فيشمل تلك الأمراض التي تؤثر في عقل الفرد فيفقد استبصاره بما حوله، وتضعف كفاءته وإنتاجيته وقدرته في الحكم على الأمور، وتحدث أعراض غريبة لم تعهد عن

ذلك الفرد ولم تعرف عنه كالاعتقادات والأفكار الغريبة الخاطئة التي لا يقبل معها نقاش «الوهامات»، أو أن تتأثر إحدى حواسه أو بعضها بما هو غير مألوف له كسماعه لبعض الأصوات التي لا وجود لها حقيقة،أو وصفه لنفسه بأنه يرى بعض الأجسام من دون أن يكون لها أي وجود على أرض الواقع (الهلاوس السمعية أو البصرية أو خلال أي حاسة من الحواس).

ومريض الوسواس القهري يريح الطبيب النفسي طالما ظل محتفظا ببصيرته التي تعني رفضه للأفكار التسلطية أوالأفعال القهرية في الوقت نفسه الذي يشتكي فيه من عدم قدرته على وقفها أو منعها رغم محاولته المستميتة أن يتخلص منها؛ لكنه يحير الطبيب النفسي إذا ما بدا مقتنعا بالفكرة الخاطئة التي هي وسواسه أو بمعقولية فعله القهري، وهو بذلك يتوقف عن المقاومة لأنه إن فعل ذلك أصبح شبيها بالمريض الذهاني، هذا هو أصل المشكلة التصنيفية التشخيصية للوسواس القهري: إذن فقد مر التفكير في الطب النفسي بمرحلة كانت تجعل المريض بالوسواس القهري مريضا مختلفا على تشخيصه أو ضمه مع العصاب أو الذهان: لكن الواضح من كل هذا الكلام أنه حتى الطبيب النفسي كان معرضا للتأثر بذلك المفهوم.

وأما ما وصل إليه التفكير بعد ذلك فهو أن الصورة المرضية للوسواس القهري هي صورة قائمة بذاتها، ربما وقعت خارج العصاب وخارج الذهان وربما احتوت على صفات من كل منهما؛ وربما تأرجح المريض بين كليهما؛ والملاحظات السريرية في الواقع تقول ذلك (Pujol & Savy, 1968) حيث تصل نسبة مرضى اضطراب الوسواس القهري الذين يقتنعون بصحة وساوسهم أو أفعالهم القهرية أو يكفون عن مقاومتها سواء كان ذلك في مرحلة مبكرة أو متأخرة من اضطرابهم إلى ما بين ٥ ،١٥٪ (Ingram,1961) و٧ ،١٧٪ (Solyom et al.,1985) وربما أكثر من ذلك: وأما إجابة السؤال الأصلي وهو هل الوسواس القهري نوع من الجنون؟ فلم يعد أحد يبحث عنها لسبب بسيط هو أن الجنون أو الذهان كمفهوم لم يعد من المفاهيم التي تقسم الأمراض النفسية على أساسها كما كانت الحال في الماضي.

(٢) الوسواس القهري يؤدي إلى الجنون

معظم مرضى اضطراب الوسواس القهري يخافون من أن يؤدي بهم ما يفكرون فيه أو ما يفعلونه إلى الجنون؛ وبعضهم يعتبر نفسه مجنونا بالفعل، ومعظمهم يحاولون التكتم على أعراضه مخافة أن يتهمه الناس بالجنون؛ المهم ان الأطباء النفسيين أنفسهم كانوا في وقت من الأوقات يرون في اضطراب الوسواس القهري بداية لطريق الذهان (Shaheen & Rakhawy,1971)، وبعضهم كان يرى أن أعراض الوسواس القهري إنما هي حماية للمريض من الذهان أو الفصام؛ وبعضهم كان يتابع مرضى الوسواس القهري وهو يتوقع ان يتحول بعضهم إلى مرضى بالفصام .

وفي الطبعة الثالثة للمرجع الشامل للطب النفسي Comprehensive Textbook of Psychiatry التي صدرت عام ١٩٨٠ جاء أن نسبة تتراوح في الدراسات المختلفة ما بين ٣ ٪ و ١٢٪ من مرضى الوسواس القهري المزمن قد يتحولون إلى مرضى بالفصام وإن كان ذلك مشكوكا فيه (Nemiah, 1983) ؛ لأن مريض الوسواس القهري مهما كانت أفكاره غريبة أو شاذة ومهما كانت أفعاله كذلك ومهما كان منغمسا فيها إلا أنه لا يفقد علاقته بالواقع ولا تتبلد مشاعره ولا ينسحب من العلاقات مع الأشخاص الآخرين، كما يفعل مريض اضطراب الفصام المزمن الذي لا يتناول الدواء؛ بمعنى أن الملاحظة الطويلة لمرضى الوسواس القهري ومتابعتهم لسنوات غالبا ما تفشل في العثور على علامات الفصام الجوهرية التي يعرفها الطبيب النفسي؛ بل إنه ليبدو أن وجود أعراض الوسواس القهري تحمي المريض من الدخول في الفصام.

ويقول عكاشة (أحمد عكاشة، ١٩٨٤) «والجدير بالذكر هنا هو تحول بعض حالات الوسواس القهري إلى مرض الفصام، ويختلف العلماء في تفسير مدى هذا التحول وتتراوح النسبة من ١-١٢٪. أما في بحثنا في مصر فقد وجدت أن ٨٪ من الحالات قد تحولت في غضون خمس سنوات من الوسواس القهري إلى أعراض ذهان الفصام»، ويضيف عكاشه «ويعتقد روث ١٩٦٠ أن الذهان الناتج عن الوسواس القهري يختلف أساسا عن الفصام، ويحتمل أن يكون نوعا مستقلا من الذهان له مسبباته البيئية ومصيره المختلف عن الفصام، وقد لاحظت ذلك أيضا في عدد كبير من

الحالات حيث استمرت شخصية المريض متكاملة حتى في وجود الذهان، ولم يحدث أي تدهور سلوكي أو في الشخصية، وهذا يختلف عما يحدث في الفصام».

وأما يحيى الرخاوي فقد كانت الحماية التي يقدمها اضطراب الوسواس القهري من الانهيار الفصامي تتخذ موقعا مركزيا في نظريته عن السيكوباثولوجيا كلها في السبعينيات من القرن الماضي فهو يقول في شرح سر اللعبة (يحيى الرخاوي، ١٩٧٩)أ: «وإن كان العصاب الرهابي قد أعلن إنذارا بحركة داخلية نشطة تهدد بالتناثر والجنون، ثم فشل أو كاد يفشل لأن التفاعل لهذا الإنذار كان انفعاليا مزعجا مصاحبا بكل مظاهر الخوف الجسمية والنفسية، فإن العصاب الوسواسي يعلن تضاعف الخوف من هذا التهديد مع العجز عن استمرار الاستجابة الانفعالية المخيفة له، والناتج من هذا وذاك هو حل وسط خطير، وهو أن تخف درجة الانفعال ومصاحباته، وأن تزيد درجة العقلنة وتثبت وتتأكد بالتكرار، مع استبعاد انفعال الخوف الأصلي، بمعنى إدراك لا معقولية هذا السلوك المعقلن، ثم الأمن الخفي في رحاب التكرار، وعلى ذلك فإنه يلزم سيكوباثولوجيا استتباب هذا العصاب الوسواسي عدة شروط:

١ـ أن يكون التهديد بالذهان (الحركة المستقلة النشطة الداخلية المهددة) أشد وأقرب (حقيقة في بداية الأمر .... ثم تخيلا بعد ذلك) .

٢ـ أن يكون الانفعال بالخوف العقلي أكبر من احتمال المريض على المستوى السوي أو العصابي في صورة العصاب الرهابي .

٣ـ أن تنشأ حلقة مفرغة من التعود وتثبيت التحليل معا تحافظ على استمرار السلوك وتثبيته، حتى يكتسب ذاتيته التي تكون جزءا لا يتجزأ من سمات الشخصية، وتصبح بمرور الزمن الدعامة العصابية المتينة التي تحافظ على تماسك الشخصية دون تناثر أو اختلاط».

ويتضح من هذه الفقرات كيف كان يفكر الأطباء النفسيون في العالم ويفندون فروضا محاولين بيان مدى صحتها: وبالطبع كان ذلك مبنيا على نظريات لم تحظ بالبحث العلمي الدقيق، وإن كانت بعض الدراسات الموثوق بها قد رأت تقسيم مرضى اضطراب الوسواس القهري إلى عدة أنواع منها: نوع ذهاني يضعون فيه المريض الذي لا يقاوم وساوسه ولا أفعاله القهرية

ويبدو مقتنعا بها (Solyom et al.,1985)؛ ولكن هذا بالطبع لا يعني أن الوسواس هو الذي أدى به إلى الجنون. فمفهوم أن العلاقة سببية غير صحيح، وإنما الصحيح أن بعض مرضى الوسواس القهري يتصفون بصفات غالبا ما تكون موجودة من بداية اضطرابهم، وهذه الصفات تقربهم مما يحس الناس بأنه حافة الجنون أو أنه الجنون نفسه، من حيث اقتناعهم إلى حد ما بوساوسهم أو أفعالهم القهرية، فلا يقاومون غسل أيديهم مثلا حتى يلتهب الجلد من تأثير المنظفات، أو أنهم لا يقاومون رغبتهم في التحقق وإعادة التحقق أو لمس الشيء وإعادة لمسه دون أن يشتكوا من عجزهم عن منع أنفسهم من ذلك: وهذه الصفة هي التي تجعلهم مختلفين عن معظم مرضى الوسواس القهري المفترض فيهم أن يرفضوا أفكارهم التسلطية، وأن يقاوموا أفعالهم القهرية لأنهم غير مقتنعين بها (Shaheen & Rakhawy,1971) و(Rasmussen & Eisen,1991)، أما أن يظهروا نوعا من الاستسلام فهذا ما يحير الطبيب النفسي.

ومن الأطباء النفسيين اليوم من يعتبر نوعين من مرضى اضطراب الوسواس القهري مجانين، أو يعتبرونهم نوعا ذهانيا من اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Psychosis، وهذان النوعان هما:

١ـ أولئك الذين فقدوا البصيرة بعدم معقولية أو صحة أفكارهم التسلطية أو أفعالهم القهرية، والحقيقة أن هؤلاء المرضى لا يختلفون كثيرا عن مرضى اضطراب الوسواس القهري العاديين في معظم الصفات اللهم إلا في كون أعراضهم مقبولة من وجهة نظرهم.

٢ـ مرضى اضطراب الوسواس القهري ذوي التصاحب المرضي Comorbidity مع اضطراب الفصام أو مع اضطراب الشخصية الفصامية النوع Schizotypal Personality Disorder (وهي أقرب ترجمة للمصطلح) أو مع الاضطراب الوهامي (الضلالي) Delusional Disorder.

والواضح في الآونة الأخيرة أن مفهوم الفكرة التسلطية نفسها يتسع شيئا فشيئا، بحيث أصبح تحولها إلى فكرة مبالغ في تقديرها Over-Valued Idea وكذلك تحولها إلى فكرة وهامية أمرا ممكنا من دون أن يعني ذلك نزع تشخيص اضطراب الوسواس القهري عن المريض، خلاصة القول أن مفهوم الفكرة التسلطية التقليدي قد اهتز إلى حد كبير.

(٣) مرضى الوسواس القهري أذكى: وأكثر قدرة على التركيز من غيرهم

وأغلب الظن أن سبب ذلك المفهوم كان نظرة الأطباء النفسيين الأوائل، الذين وصلتنا آراؤهم، إلى مريض الوسواس القهري فقد كان يعجبهم - حسب رأي كاتب هذه السطور - ذلك التعايش الغريب بين أفكار وأفعال خارجة عن المنطق وتكاد تخرج عن الإرادة: وبين بصيرة واضحة جلية لدى المريض نفسه! إذن فذلك مريض ذكي ويضاف إلى ذلك ما يحدثه سماع المريض وهو يصف أعراضه بصورة دقيقة مرتبة وهو ما يعتبر دليلا على الذكاء في أذهان الناس. ولذلك أجريت دراسات في فترة الخمسينيات والستينيات وأوائل السبعينيات من القرن الماضي تمت فيها مقارنة مرضى الوسواس القهري بمجموعات من أمراض نفسية أخرى. وأثبتت الدراسات آيامها ما كان يوصف بأنه ملاحظات الأطباء السريرية على مرضاهم: وهو أن مرضى الوسواس أكثر ذكاء من غيرهم.

ومن الواضح أن لذلك علاقة بالمفهومين السابقين عن علاقة الوسواس بالجنون: وخاصة أنه كان من المشهور جدا بين الأطباء النفسيين الأوائل - كما أسلفت - أن وجود البصيرة أي الاقتناع بلا معقولية أو تفاهة الأعراض النفسية هو الذي يميز مريض اضطراب الوسواس القهري عن مريض اضطراب الفصام. وأما الدراسات العلمية الحديثة التي اشتملت على أعداد أكبر من المرضى فلم تجد فروقا ذات دلالة إحصائية في معاملات الذكاء بين مرضى اضطراب الوسواس القهري وغيرهم من الناس (Rasmussen & Eisen,1991) و(Zohar et al., 1992). وإن كانت بعض الدراسات الحديثة (Rasmussen & Tsuang,1984) و(Douglass et al.,1995) قد وجدت أن معاملات ذكاء مرتفعة في مرضى الوسواس من المراهقين. كما وجدت دراسة أحدث (Peterson et al., 2001) أن زيادة معامل الذكاء في المراهقة المبكرة في مرضى اضطراب الوسواس القهري يمكن أن تساعد على التنبؤ بزيادة شدة أعراض الوسواس القهري في المراهقة المتأخرة ومرحلة الرشد.

(٤) مريض الوسواس القهري لا يعالج

لعل التغيرات التي طرأت على هذا المفهوم بالتحديد تصلح مضربا للمثل. فيما يبين مدى التطور الذي حققه الطب النفسي في فترة لا تزيد عن العقدين الأخيرين إلا قليلا: لأن الكتب والمراجع والدوريات العلمية حتى منتصف

السبعينيات كانت تتكلم عن مسار مرضي غير محمود لاضطراب الوسواس القهري: فكان الوسواس القهري علة لا تعالج وكان الطبيب النفسي يقف موقف العاجز عن مساعدة المريض المعذب ولا يستطيع إلا أن يساعده على النوم!

وأترجم في السطور التالية بعض العبارات التي تشير إلى ما أقول مبتدئا بكلمات كارل فيستفال Carl Westphal، وهو الألماني الذي يعتبرونه أول من قدم وصفا علميا شاملا لمرض الوسواس القهري عام ١٨٧٧ (Westphal, 1892): «ليس هناك علاج للوسواس القهري، وما أحذر منه هو إدخال المريض إلى المستشفى فليس لدينا ما نقدمه له: لكننا يجب أن نعلن شكرنا وامتناننا لفترات خبو الأعراض القهرية التي تحدث في بعض الأحيان لبعض المرضى».

وظلت الأمور كذلك إلى أن بدأت حقبة مدرسة التحليل النفسي في تحقيق انتصارات في مجال الطب النفسي خاصة في حالات الهستيريا: وكان أصحاب هذه المدرسة متفائلين في بداياتهم، خاصة أنهم قدموا تفسيرا تحليليا للوساوس والأفعال القهرية إلا أن تفاؤلهم المبدئي لم يدم إلا قليلا فقال فرويد (Freud, 1925): «إن مشكلة الوسواس القهري رغم متعة تحليلها ظلت مشكلة لا تقهر». وفي طبعة ١٩٦٠ من كتاب ماير جروس «الطب النفسي السريري»، وهو واحد من المراجع الكلاسيكية للطب النفسي الغربي (Mayer-Gross et al.,1960): «وفي أولئك المرضى الذين تسير علتهم مسارا لا يحيد تكون النظرة المستقبلية في أحسن الأحوال البقاء في الوضع الراهن Statu Quo، وإن كان المسار الأغلب هو الانحدار التدريجي البطيء». وفي الطبعة الأخيرة من كتاب أستاذي الطب النفسي المصريين عمر شاهين - رحمه الله - ويحيى الرخاوي «ألف باء الطب النفسي» A.B.C of Psychiatry (Shaheen & Rakhawy,1971) يقول الكاتبان: «عصاب الوسواس القهري في شكله الخالص مقاوم جدا للعلاج وتشمل وسائل العلاج المادية:

١- العلاج باستخدام الكهرباء: وتكون الاستجابة جيدة إذا كانت الحالة مصحوبة باكتئاب.

٢- المطمئنات: ربما تخفف من الضغط النفسي الذي يعانيه المريض، وذلك رغم بقاء الفكرة التسلطية من دون تغيير.

٣- الجراحة النفسية: ربما كانت الملجأ الأخير للطبيب والمريض وهي تخفف من الضغط النفسي المصاحب للفكرة التسلطية لكنها لا تزيلها».

وأما عن وسائل العلاج النفسي فيقول المؤلفان: وربما نفعت بعض أنواع العلاج النفسي الطويلة كالتحليل النفسي في علاج بعض الحالات؛ وربما كان الجمع بين العلاج النفسي المساعد وبعض وسائل العلاج المادي هو الأفضل. وبعد ذلك يضيفان: وقد قمنا بتجربة استخدام مضادات الأستيل كولين، (المستخدمة في علاج الشلل الرعاش) بجرعات عالية في بعض المرضى ولاحظنا بعض التحسن وإن كانت الملاحظة تحتاج إلى مزيد من الدراسة»

وفي الطبعة الثانية من كتاب أكسفورد (Gelder et al.,1989) الصادرة سنة ١٩٨٩ يحذرنا المؤلفون من التأثر بمدى ما يبدو على المريض من كرب نفسي ومن ألم عصيب؛ لأن ذلك قد يسبب إسراف الطبيب النفسي في كتابة المهدئات التي لا تعتبر علاجا؛ ثم ينصح الكتاب الطبيب النفسي بأن يبحث عن علامات الاكتئاب؛ لأن الاكتئاب اضطراب له علاج عادة ما يفيد المريض وربما يحسن من حالته العامة. ويسرّي المؤلفون عن الطبيب أو المريض - لا أدري - بتذكيره بأن هناك فترات من خبو الأعراض لابد ستأتي من غير علاج؛ وذلك حسب التاريخ الطبيعي لاضطراب الوسواس القهري؛ وبعد ذلك يتكلمون عن وسائل العلاج المختلفة المتاحة كما يلي:

١- العقاقير: لا تنفع أدوية القلق إلا في تهدئة المريض بعض الشيء، لكنها يجب ألا تستعمل لفترات تزيد عن عدة أسابيع. فإذا احتجنا علاجا للقلق أكثر من ذلك فإن الأفضل هو استخدام مضادات الاكتئاب بجرعات قليلة لكي نتجنب تعود المريض على أدوية القلق. وإذا كان هناك اكتئاب بالطبع فلابد من علاجه بمضادات الاكتئاب بجرعاتها الكاملة. ويذكر المؤلفون بعد ذلك أن دراسة مفتوحة أجريت على أربعة من مرضى اضطراب الوسواس القهري عام ١٩٧٥ تشير إلى وجود تأثير علاجي لعقار الكلوميبرامين وهو أحد مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات على الأفكار التسلطية (Capstick, 1975)، لكنهم يذكرون أيضا أن دراسة أخرى تحتوي على عينة ضابطة من مرضى اضطراب الوسواس القهري غير المصحوب بأعراض اكتئاب (Marks et al.,1980) جرت عام ١٩٨٠ ونتائجها لا تدعم نتائج الدراسة الأولى.

٢- العلاج السلوكي: تتحسن الطقوس القهرية عادة باستخدام طريقة منع الاستجابة السلوكية مع تعريض المريض للمشعرات Cues أو المثيرات البيئية التي تثير فيه الرغبة لأداء طقوسه القهرية، ويتوقع تحسن حوالى ثلثي المرضى

من أصحاب الطقوس القهرية متوسطة الشدة، حيث تتحسن حالاتهم إلى حد كبير وإن لم تختف الأعراض تمام الاختفاء (Shaheen & Rakhawy, 1971)، وعادة ما تخف الأفكار التسلطية المصاحبة للأفعال القهرية في هذه الحالات: لكن العلاج السلوكي أقل نجاحا في حالة وجود أفكار تسلطية من دون أفعال قهرية، وطريقة وقف الأفكار باستخدام التشتيت بمنبه قوي كأن يشد المريض حلقة مطاطية يلبسها في معصمه بشدة عندما تهاجمه الفكرة التسلطية بحيث تسبب له بعض الألم في معصمه فتلهيه عن الفكرة: وهذه الطريقة لم تثبت نجاحا كبيرا (Stern et al.,1973) و(Rachman & Hodgson, 1980).

٣ـ العلاج النفسي: من الممكن أن يفيد العلاج النفسي المساعد ومقابلة أسرة المريض في طمأنة الأسرة وتعريفهم بطبيعة الاضطراب، وإعطائهم الأمل من خلال تعريفهم بمسار المرض المتميز بفترات خبو واتقاد بمرور الوقت: وينصح المؤلفون بعد ذلك بعدم استخدام طرق العلاج النفسي العميق التي تبحث في لا وعي المريض: لأن ذلك النوع من العلاج غالبا ما يجعل المريض أسوأ لأنه يقدم له مادة غنية لاجترار الأفكار الوسواسية .

٤ـ الجراحة النفسية: وهذه الطريقة تعطي نتيجة ملحوظة من حيث تقليل الضغط النفسي والكرب الذي يعانيه المريض خاصة في الفترة التي تلي الجراحة مباشرة، لكن المآل البعيد غير معروف على وجه الدقة: وينصح المؤلفون بعد ذلك بعدم اللجوء إلى الجراحة النفسية قبل عام على الأقل من استخدام العلاج بكل الوسائل المتاحة من دون نتيجة: وينصحون بتطبيق برنامج علاج سلوكي مكثف بعد الجراحة مباشرة.

ونستطيع أن نستنتج مما سبق أنه حتى أواخر الثمانينيات من القرن العشرين لم يكن هناك غير أمل ضعيف في علاج اضطراب الوسواس القهري؛ بل إن الإحباط الذي اعتاد الرعيل الأول من الأطباء النفسيين عليه مع مرضى اضطراب الوسواس القهري كان لا يزال مؤثرا في نفوسهم إلى درجة أنهم لم يكونوا مستعدين لقبول فكرة وجود عقار دوائي لاضطراب الوسواس القهري: ولم يكن في أيديهم إلا البحث عن وجود اكتئاب مصاحب للحالة ليعالجوه؛ أو أن ينتظروا فترات هدوء أو خبو الأعراض التي تحدث من تلقاء نفسها، وفي الوقت الذي كانت فيه المراجع الطبنفسية تتسم بالتشاؤم عند الكلام عن علاج الوسواس القهري كان العديد من الدراسات

العلميـة يُجرى بناء على مـلاحظات الأطبـاء خـلال عـملهم، فـقـد لـوحظ منذ أواخـــر الســـتـــينـات (Fernandez-Cordoba & Lobez-Ibor, 1967) وبدايات السـبعـينات (Capstick,1971) و(Ananth, 1977) من القـرن الماضـي أن مـرضى الوســواس القـــهـــري يتـــحـــسنون عند إعطائهم عـــقـار الـكـلومـــيـــبـــرامين Chlomipramine HCL وهو أحد مـضادات الاكـتـئاب الـثـلاثية الحلقات؛ وظن مـعظم، إن لم يكن كل، الأطبـاء النفسـيين أيامـهـا أن التـحـسن الذي يحـدث للمرضى ليس إلا تحسنـا فـي أعراض الاكتئاب، وبدأت دراسات تجرى للفصل في هـذه النـقطة ودراســات أخـــرى تحـــاول توضـــيح اخـــتـصـــاص عـــقـــار الكلوميبرامين من دون غيره من مـضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات بإحداث التـحسن في المرض المستعصي آنذاك وهو الوسـواس القـهري؛ وبدأت الأنظار تتجه إلى الناقل العـصبي السيروتونين Serotonin لأن اختلاف الكلوميبـرامين عن غيره من مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات إنما هو كونه يزيد من تركيز السـيـروتونين في نقـاط الالتـقـاء العـصـبـيـة أكـثـر من كل مـضـادات الاكـتـئاب الثـلاثيـة الحلقـات الأخـرى، وتوالت بعـد ذلك الدراسـات التي أخـذت تثبت أن للكلوميبـرامين فاعلية مضادة للوسـوسة إضافة إلى فاعليته كمضاد للاكتئاب؛ وأنه يعـالج الوسـواس القـهـري بغض النظر عـن وجـود الاكـتـئـاب (Asberg et al.,1982) وأنه لا تعـارض بـين اسـتـخـدامـه واسـتـخـدام العـلاج السـلوكي أي أنه يمكن أن يسـتـعـمله المريض أثناء برنامج العـلاج السلوكي (Marks et al.,1980) وهـذه نـقـطة مـــهـــمـــة لأن بعـض الأدوية من مـــجـــمـــوعـــة الـبـــينـزوديازيبين Benzodiazepines التي تستخدم في علاج اضطرابات القلق يمكن أن تتعارض مع تطبيق أسـاليب العـلاج السلوكي لأنها تزيل الشعـور بالقلق تماما، وهذا مـا يفقد العلاج السلوكي جزءا مهما من فاعليته التي تعتمـد على معايشة المريض لإحساس بالقلق يتزايد في البداية، ثم يبدأ في التناقص تدريجيا مع استمرار المريض على منع نفسه من الاستجابة القهرية كما سنبين فيما بعد.

وكـانـت طرق العــلاج السلوكـي المخـتلفـة تتطور يومـا بعـد يوم وإن كـان أكـثـرهـا فـائدة هـو تلك الطرق التـي تسـتـخـدم في عـلاج الأفـعـال القـهـرية كـالتـعـرض المبـاشـر مع منـع الاسـتـجـابة القـهـرية (Rachman & Hodgson, 1980) حـيث أظهـرت الدراسـات على الـكلومـيـبـرامين أن تأثيـره يفـيـد فـي تقليل الأفكار التـسـلطيـة أكـثـر من تأثيـره على الأفـعـال القـهـرية

(Montgomery, 1980)؛ وهكذا أصبح العلاج الدوائي المتاح أيامها هو الخيار المفيد في علاج الأفكار التسلطية، بينما العلاج السلوكي هو الخيار المفيد في علاج الأفعال القهرية.

ولما كان عقار الكلوميبرامين متاحا في البلدان الأوروبية ومعظم دول العالم الثالث لكنه لم يكن موجودا في أمريكا، لأن الشركة المنتجة له شركة أوروبية وأمريكا طبعا لا تستورد الدواء ولا حتى من أوروبا، فلم تكن هناك دراسات أمريكية على عقار الكلوميبرامين؛ وقد بدأ العديد من شركات الدواء في أمريكا وغيرها التحرك من نقطة أن سبب تأثير الكلوميبرامين من دون غيره من مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات على اضطراب الوسواس القهري هو تأثيره على مادة السيروتونين، وبدأ البحث المعملي عن أدوية تعمل اختياريا على السيروتونين من دون غيره من الناقلات العصبية. وبالفعل تم طرح العديد منها في الأسواق في أمريكا وفي أوروبا وفي العالم العربي وأثبتت الأدوية التي تزيد من تركيز السيروتونين في نقاط التشابك العصبي أنها بالفعل مضادة للوسوسة: بل وأصبح اضطراب الوسواس القهري من أسهل الأمراض النفسية في علاجه! أي أن المفهوم القديم انقلب رأسا على عقب!. وأصبحت الأدوية الآن تقلل أعراض الوسواس القهري في نسبة تصل إلى ما بين الخمسين والثمانين بالمائة من مرضى الوسواس الذي لم يكن له علاج. لكن من المهم أيضا أن ننتبه إلى أن عشرين في المائة على الأقل من المرضى لا يستفيدون من العقار الدوائي.

(ه) اضطراب الوسواس القهري اضطراب نادر

ظل اضطراب الوسواس القهري حتى سنة ١٩٨٣ يعتبر اضطرابا نادرا: فكانت التقديرات القديمة (Rudin, 1953) تشير إلى نسبة الخمسة من بين كل عشرة آلاف شخص أي بنسبة ٠٥ . ٠٪ وكانت هذه التقديرات تعتمد على دراسات أجريت في الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي: وفي دراسة إنجليزية (Black, 1974) نشرت في عام ١٩٧٤ كانت نسبة وجود اضطراب الوسواس القهري في مرضى العيادات النفسية ١٪، وفي نزلاء المستشفيات النفسية اختلفت النسبة ما بين ١ . ٠٪ و٠ . ٤٪ وذلك حسب

الدراسات المختلفة: و أما عن نسبة المرض في عامة الشعب فكانت النسبة القديمة نفسها التي ورثت من سنة ١٩٥٣ أي خمسة في كل عشرة آلاف نسبة مقبولة إلى حد بعيد.

وفي دراسة قديمة لعكاشة (Okasha, 1969) كانت نسبة اضطراب الوسواس القهري في المرضى المترددين على العيادة النفسية الخارجية لطب جامعة عين شمس ٢,٦ ٪ ويقول عكاشة في كتابه الطب النفسي المعاصر تحت عنوان العصاب القهري الوسواسي (أحمد عكاشة، ١٩٨٤، ص٩٦): «إن هذا العصاب من أقل الأمراض النفسية شيوعا»، وتقول نجمة الخرافي (نجمة يوسف، ١٩٨٥، ص ١٥) «وحالات الوسواس بصورة عامة نادرة، وقد أدت هذه الندرة في الحالات ونقص الأساليب الإحصائية المتطورة في الطب النفسي إلى بطء شديد في تطور النظرة الحديثة إلى هذا المرض».

وفي الطبعة الثانية من كتاب أوكسفورد (Gelder et al., 1989) يقول المؤلفون: «إن اضطراب الوسواس القهري أقل انتشارا من عصابات القلق الأخرى؛ حيث يبلغ معدل انتشاره خلال عام ما بين ٠١, ٠٪ و٢٣, ٠٪ وذلك حسب دراسة (Carey et al.,1 980) نشرت عام١٩٨٠»، ثم يضيفون أن «دراسة أمريكية أحدث (Robins et al., 1984) استخدمت فيها معايير التشخيص المدرجة في التقسيم الأمريكي للأمراض النفسية (التصنيف التشخيصي الإحصائي الثالث) DSM III وجدت معدل الانتشار الحياتي Lifetime Prevalence أعلى بكثير من كل التوقعات السابقة حيث وصل إلى ما بين ٢٪ و٣٪ أي من شخصين إلى ثلاثة من كل مائة شخص»: وهكذا كان المؤلفون لكتاب أوكسفورد يشككون من باب خفي في إمكان أن يكون السبب في هذه النسبة العالية في الدراسة الأمريكية هو عدم صلاحية معايير التشخيص الأمريكية وإن لم يذكروا ذلك صراحة.

إلا أن الدراسات المسحية أو الوبائية التي أجريت على عامة الشعب الأمريكي وبالتحديد الدراسة التالية:

(National Institute of Mental Health "NIMH" ECA Epedimiologic Catchment Area Study) وغيرها من الدراسات المسحية التي أجريت على الشعوب الغربية الأخرى في عدة بلدان (Karno etal., 1988) و(Henderson & Pollard, 1988) أثبتت بوضوح أن اضطراب الوسواس القهري يوجد بين الناس

بنسب تتراوح ما بين ٣٥ و٦٠ ضعفا للنسب القديمة: حيث وصلت معدلات الانتشار الحياتية لاضطراب الوسواس القهري إلى ١,٢ ـ ٢,٤٪ في الدراسة الأمريكية (Karno etal., 1988)، وفي دراسة أخرى وصلت النسبة إلى ٢,٨٪ (Henderson & Pollard, 1988).

وأمام هذه النتائج كان هناك احتمالان لتفسير الفرق الكبير بين نتائج الدراسات القديمة والدراسات الحديثة: أما الاحتمال الأول فهو أن الكثير من حالات اضطراب الوسواس القهري يعيشون في المجتمع من دون أن يذهبوا إلى الطبيب النفسي ولذلك أظهرتهم الدراسات التي أجريت على عامة الشعب وليس على مرضى العيادات النفسية؛ وأما الاحتمال الثاني فهو أن الدراسات الحديثة شملت حالات لها تشخيصات أخرى غير اضطراب الوسواس القهري أو أنها لا ترقى إلى كونها اضطرابا نفسيا من الأصل، ولكنهم شخصوا خطأ في هذه الدراسات.

فإذا ناقشنا الاحتمال الأول فإن فيه الكثير من الوجاهة لأن عدة أسباب تؤدي إلى عدم لجوء المريض بالوسواس القهري إلى الطبيب النفسي في الكثير من الحالات بمعنى أنه لن يوجد في العيادات النفسية وإنما في المجتمع:

١ـ الأعراض التي يتسم بها اضطراب الوسواس القهري في كثير من الحالات، خاصة الخفيفة الشدة، تبدو شبه طبيعية في نظر المريض وفي نظر أهله لسبب بسيط هو أنها تمتد من صفات محمودة اجتماعيا. فمثلا نظافة زائدة بعض الشيء أو انضباط زائد بعض الشيء أو دقة زائدة بعض الشيء أو حرص زائد بعض الشيء، وكلها أشياء لا تستدعي في نظر غالبية الناس العرض على الطبيب النفسي؛ هذا إذا اعتبرنا أنها قد نظر إليها على أنها غير طبيعية من الأساس في رأي المريض أو أهله: بل إن هناك ما يشير إلى أن بداية اتصاف الشخص الذي تبدأ معه الأعراض في طفولته بهذه الصفات كالنظافة الزائدة أو الدقة الزائدة إنما يشجع عليه الطفل في البيت وفي المدرسة، ويحتاج الأمر في كثير من الأحيان إلى شدة أعراض أعلى من اللازمة لتشخيص الاضطراب عند الطبيب النفسي لكي ينتبه المريض أو أهله لوجود شيء غير طبيعي، ومما يعزز هذا التصور أن فترة ليست بالقصيرة عادة ما تمر بين بدء معاناة المريض وبين عرضه على الطبيب النفسي: فإذا قارنا ذلك بأعراض اضطرابات نفسية أخرى كاضطراب القلق المتعمم أو

الفصام أو الاكتئاب الجسيم لوجدنا أن قدرة الشخص والأسرة على تحمل الأعراض فترة قبل اللجوء للطبيب النفسي أقل منها في حالات الوسواس القهري ويستثنى من ذلك بالطبع حالات الوسواس القهري الشديدة التي لا يستطيع المريض تحملها ولا أهله.

٢- ميل الكثيرين من مرضى الوسواس القهري إلى إخفاء معاناتهم لخوفهم من أن يعتبرها الناس جنونا أو دليلا على الكفر أو ضعف الإيمان (في حالة المرضى المتدينين) أو ضعف الشخصية أو غيره: ثم أن هناك ملحوظة أخرى (Vallejo, 1987) ربما كانت لها علاقة أيضا بالنقطة السابقة. وهي أن مريض الوسواس القهري يتميز باتساع نطاق ما يعتبره طبيعيا من التصرفات مقارنة بغيره من المرضى فإذا أضفنا ذلك إلى خوفه من اتهام الناس له بالجنون أو الضعف لفهمنا لماذا هو مستعد لتحمل المعاناة في صمت.

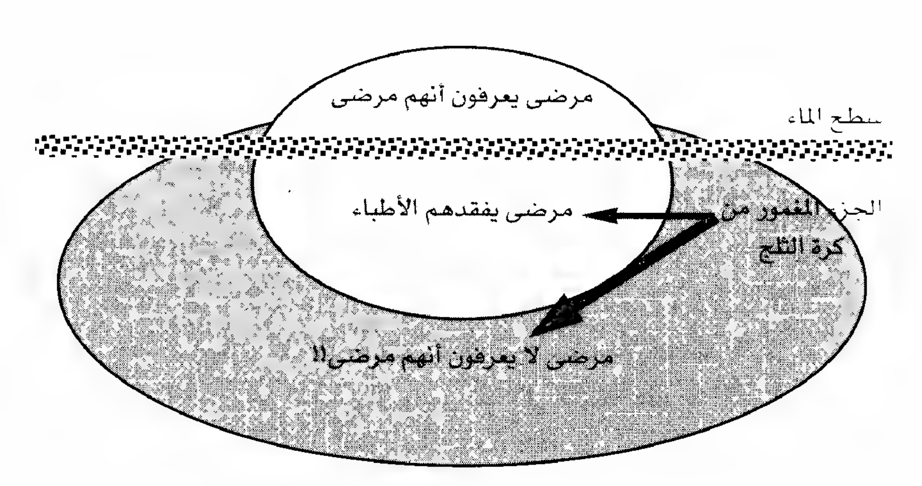
٣- أما ما يضاف إلى ذلك فهو عدم اكتشاف اضطراب الوسواس القهري من جهة الطبيب العام أو المتخصص في غير الطب النفسي على رغم لجوء المريض لطلب العلاج من آثار الوسواس القهري. فمثلا هناك من مرضى اضطراب الوسواس القهري الذين يعانون من أفعال قهرية تتعلق بالنظافة من يعرضون على طبيب الأمراض الجلدية وتشخص حالاتهم على أنها التهاب جلدي أو حساسية جلدية للمنظفات من دون أن يحاول الطبيب معرفة السر الحقيقي وراء ذلك. والمريض بالطبع لن يتكلم من تلقاء نفسه في أغلب الحالات: وهناك ما هو أقل شهرة ولكنه منتشر في بلادنا ويتعلق بمرضى اضطراب الوسواس القهري الذين يعانون من وساوس تتعلق بانضباط القولون Bowel Obsession من عدمه، حيث يشك الواحد منهم في نقضه للوضوء وفي كثير من الأحوال يستجيب القولون بشكل عصبي فيزيد الأمور سوءا. كثيرون من هؤلاء المرضى لا ينتبه إليهم الطبيب الباطني ولا يحاول أن يبحث وراء شكاواهم وعادة ما يكتفي بوصف بعض أقراص الفحم وبعض مهدئات القولون.

وهكذا نستطيع أن نشبه حال مرضى اضطراب الوسواس القهري بمثال الكرة الثلجية المغمورة جزئيا في الماء (والذي سمعته من الدكتور أحمد عكاشه في إحدى محاضراته ونسبه إلى بروفيسور هافنر) كما في الشكل التالي (الشكل ١). والحقيقة أن هذه هي الحال في كثير من الاضطرابات النفسية ولكن هذا التشبيه ينطبق أكثر ما ينطبق على اضطراب الوسواس القهري:

١ـ فجزء ضئيل من الكرة الثلجية يظهر فوق سطح الماء وهؤلاء هم المرضى الذين يعرفون أنهم مرضى باضطراب نفسي اسمه اضطراب الوسواس القهري

٢ـ وأما الجزء الكبير المغمور تحت الماء فيشمل جزءا كبيرا يمثل المرضى الذين لا يعرفون أنهم مرضى فيحسبون أن هذا هو قدرهم أي أن الله خلقهم كذلك!

٣ـ وأما الجزء الصغير تحت الماء فيمثل أولئك المرضى الذين يفقدهم الأطباء أي الذين لا ينتبه الأطباء إلى كونهم مرضى باضطراب الوسواس القهري. لأنهم يعرضون عليهم لأسباب أو شكاوى مرضية أخرى رغم كون هذه الأمراض أو الشكاوى في معظم الأحوال جزءا من اضطراب الوسواس القهري وذلك لسببين: أولهما أن المريض يعتبر أفكاره التسلطية وأفعاله القهرية إما طبيعية أو جديرة بالكتمان لكي لا يظنه الناس مجنونا. وثانيهما أن السواد الأعظم من الأطباء من التخصصات الطبية المختلفة بعيدا عن الطب النفسي، خاصة في منطقتنا العربية. لا يعرفون أصلا ما هو اضطراب الوسواس القهري ولا تختلف أفكارهم عنه عن أفكار الناس من غير الأطباء.



الشكل (١): مثال الكرة الثلجية المغمورة جزئيا في الماء

أما الاحتمال الثاني ففيه وجاهة أيضا، وإن كانت أقل إلى حد ما من وجاهة الاحتمال الأول، فحسب هذا الاحتمال تكون الدراسات الحديثة التي أجريت على المجتمع الأمريكي قد وسعت من حدود تشخيص اضطراب الوسواس القهري بعض الشيء فأدخلت أفرادا غير مصابين بالاضطراب في زمرة المرضى، وأعطتنا تقديرات مبالغا فيها لمدى انتشار اضطراب الوسواس القهري: والحقيقة أن الدراسات التي نكلم عنها استعان القائمون عليها من جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية بأشخاص مدربين على أسس المقابلة الطبنفسية، لكنهم ليسوا أطباء نفسيين، لأن دراسة أكثر من ثمانية عشر ألفا من الناس لا يمكن أن يقوم بها أطباء نفسيون حتى في أمريكا بالطبع! المهم أن هؤلاء المقابلين الطبنفسيين المدربين استخدموا معايير التشخيص الموجودة في التصنيف الإحصائي الأمريكي الثالث للاضطرابات النفسية (American Psychiatric Association,1980)؛ وهذه المعايير مكتوبة بشكل يجعل الأمور مختلطة بعض الشيء، لكنه في الأساس تصنيف أريد به أن يعرفه رجال القانون والمؤسسات الاجتماعية المختلفة في أمريكا، ويعتمد على وجود الظاهرة الموصوفة مقابل عدم وجودها، من دون أن يدخل أي تحليلات تتعلق بالأسباب: وإنما يعتبر معيار تأثير العرض المعين على أداء الفرد لوظيفته وعلاقته بمجتمعه وإحساسه بنفسه هو المعيار الوحيد للحكم على عرض أو مجموعة أعراض بأنها اضطراب نفسي: ومن الواضح طبعا أن هذا المعيار هلامي إلى حد كبير وتختلف فيه التقديرات حسب اعتبارات شخصية واجتماعية وثقافية عديدة؛ ومن الواضح أيضا أن ما يقوم به من يشخص بناء على قواعد جامدة مكتوبة أمامه يفعل شيئا مختلفا إلى حد بعيد عما يقوم الطبيب النفسي به خلال مقابلته لمريضه، خاصة أن اضطراب الوسواس القهري يختلف عن غيره من الاضطرابات في كونه لا يشخص من خلال أسئلة تقدم للمريض ليجيب عنها، فحتى أحدث مقاييس الوسوسة لا تصلح لتشخيص هذا الاضطراب من دون مقابلة إكلينيكية، كل هذا في الحقيقة كان من الممكن أن يلقي بظلال الشك على نتائج الدراسات الأمريكية، لولا أن تلاحق الدراسات بعد ذلك في أمريكا وفي غيرها من بلدان العالم أثبت بما لم يعد يدع مجالا للشك أن الوسواس القهري أكثر انتشارا مما كنا نظن.

(٦) البصيرة واضطراب الوسواس القهري

وأما هذا المفهوم فواحد أيضا من المفاهيم المرتبطة بالسؤال القديم الجديد عن كون مريض الوسواس القهري عصابيا أم ذهانيا؟ ويقصد بالبصيرة Insight في الطب النفسي كون المريض باضطراب نفسي على دراية بأن لديه من المشاعر أو الأفكار أو التصرفات ما يجعله في حاجة إلى مساعدة من الطبيب النفسي أو على الأقل ممن يقوم مقام الطبيب النفسي في مجتمعه، فإذا افترضنا أن الناس في مجتمع ما يعرفون من هو الطبيب النفسي وما طبيعة عمله فإن مريض اضطراب الاكتئاب الجسيم مثلا يعرف في أغلب الأحيان أن لديه من المشاعر الاكتئابية ما يستدعي مساعدة الطبيب النفسي. وهو لذلك يلجأ إليه ويطلب منه المساعدة، ومن الممكن أن يكون مريض الاكتئاب الجسيم، في الحالات التي تبلغ حد الذهان، على غير دراية بأن السوداوية التي وصلت إليها أفكاره هي بسبب الاكتئاب، فهو هنا يعرف أن مشاعره الاكتئابية غير طبيعية، لكنه لا يعرف أن فكرته أو اعتقاده بأن أحدا لا يستطيع مساعدته هي فكرة ضلالية بسبب الاكتئاب الذي يعانيه، ومعنى ذلك أن مرضى الاكتئاب الجسيم يملكون دائما البصيرة بطبيعة مرضهم النفسي إلا في الحالات الذهانية من الاكتئاب. فإذا أخذنا مرضى اضطرابات القلق على اختلاف أنواعها فإن المريض هنا يعرف أنه مريض، بمعنى أنه قلق ولديه شعور بالتوتر أكثر من الحدود الطبيعية، وهو يدرك أيضا أن الخوف الذي يعيشه غير طبيعي، وأن عدم قدرته على الاسترخاء قد تعدت الطبيعي بالنسبة إليه ويعرف أيضا أن الأفكار التي ترتبت على خوفه وعدم اطمئنانه الدائمين هي في الغالب أفكار خاطئة، وهكذا يتمتع مريض القلق بكم كبير من البصيرة بحالته.

وأما مريض اضطراب الوسواس القهري، الذي مازال اضطرابه موضوعا تحت عباءة اضطرابات القلق، فإن أمره مختلف إلى حد كبير، فبالرغم من أن الفكرة التقليدية عن هذا المريض كانت أنه من أكثر المرضى النفسيين بصيرة بحالته، وأكثرهم عذابا بسبب ذلك (خاصة في الفترة قبل العقدين الأخيرين، أيام لم يكن لدى الطبيب النفسي ما يصفه من علاج حقيقي لهذا المريض)، وأن هذا المريض المسكين يتعذب لأنه يعرف أن أفكاره وأفعاله القهرية إنما هي انحراف عن الطبيعي، وهو يقاومها بكل ما أوتي من قوة، لكنه يفشل في

المحصلة النهائية من التوقف عن التفكير أو عن ممارسة الأفعال القهرية التي يرفضها، ويظل المريض بخير مادام يقاوم، لأن توقفه عن المقاومة كان يعني أنه بدأ يفقد بصيرته. وأنه كما ناقشنا سابقا في مفهومي «اضطراب الوسواس القهري يؤدي إلى الجنون» و«الوسواس القهري نوع من الجنون» قد بدأ السير على طريق نهايته الفصام. بالرغم من أن هذه هي الفكرة التقليدية إلا أن تطور الأفكار وتطور أساليب القياس النفسي للبصيرة مع تراكم الملاحظات العلمية في السنوات الأخيرة بدأ يضع هذا المفهوم التقليدي موضع المناقشة والتفنيد، فكانت النتيجة في غير مصلحته.

فمن المعروف أن أوائل الأطباء النفسيين ذكروا أن بعض مرضى الوسواس القهري لا يظهرون بصيرة سوية تجاه أعراضهم المرضية (Schneider, 1925) و(Lewis, 1936) و(Ingram, 1961) و(Pujol & Savy, 1968)، لكن هؤلاء الأطباء ومن تلاهم لم يكونوا مستريحين إلى اعتبار ذلك الصنف من المرضى مرضى وسواس قهري، وبعضهم كما قلت من قبل كان يسميهم حالات ذهان وسواسي أو وسواس ذهاني. وبعضهم كان يسميهم حالات وسواس قهري مع أفكار مبالغ في تقديرها. وبعد ذلك بفترة من الزمان بدأ بعض الأطباء النفسيين البحث في إمكان تقسيم مرضى الوسواس القهري حسب وجود مقابل عدم وجود البصيرة (Solyom et al., 1985) و(Kozak & Foa, 1994)، وكيف أن بعض المرضى لا يملكون البصيرة منذ بداية اضطرابهم، وليس في المراحل المتأخرة كما كانت الأفكار القديمة تقول (Solyom et al., 1985)، وبدأت بعد ذلك دراسة هذه النقطة بشكل أكثر تنظيما، خاصة بعد اكتشاف العقاقير العلاجية، وبعدما نبه التصنيف الأمريكي الأخير (American DSM-IV Psychiatric Association, 1994) إلى وجود مجموعة من مرضى اضطراب الوسواس القهري من دون بصيرة أو ببصيرة مذبذبة With Poor Insight فأصبحت بعد ذلك عملية تقييم البصيرة لدى المريض النفسي من الخطوات المهمة خلال العمل مع المرضى وخلال إجراء الأبحاث ، فأصبحت بصيرة المريض تقيم من خلال أسئلة مثل:

١ـ بماذا تفسر أن معظم الناس لا يشاركونك فكرتك أو رأيك هذا؟

٢ـ هل تتوقع فعلا عواقب سيئة غير القلق إذا لم تلتزم بما تمليه عليك هذه الفكرة؟

٣ـ هل تحاول مقاومة هذه الأفكار أو الأفعال؟

٤ـ إلى أي مدى تعتبر فكرتك أو أفعالك هذه غريبة أو شاذة؟

وكانت النتائج غير المتوقعة في الكثير من الحالات بحيث أصبح من المفضل تقسيم مرضى اضطراب الوسواس القهري على عدة متصلات لأبعاد البصيرة المختلفة. فهم ليسوا سواء كما كان يظن في الماضي كما أن هناك احتمالا لوجود علاقة بين اضطراب أو نقص البصيرة عند مريض اضطراب الوسواس القهري وعدم استجابته للعقاقير. فمن المعروف بالطبع أن نقص البصيرة يعني عدم تعاون المريض مع المعالج السلوكي، لكن نقص البصيرة في حالة استخدام العلاج بالماس SRI أو الماسا SSRI قد يعني (Erzegovesi et al., 2001) الحاجة إلى اضافة أدوية تعمل على ناقل عصبي آخر غير السيروتونين وهو الدوبامين (Koran et al., 2000) و(McDougle et al., 2000) ولذلك استخدمت في العلاج العقاقير المضادة للذهان سواء القديمة منها أو الجديدة (McDougle et al., 1994) و(Ravizza et al., 1995) و(Ravizza et al., 1996) و(Saxena et al.,1996) عندما لا يستجيب مريض اضطراب الوسواس القهري لمحاولات العلاج بالماسا أو الماس (Erzegovesi, 2002). ومعنى ذلك أن الاهتمام بتقييم البصيرة عند مريض اضطراب الوسواس القهري لم يعد متعلقا بالتفكير في معناه من حيث قدرته التفسيرية لسبب الاضطراب بقدر ما أصبح متعلقا بتأثير ذلك في التنبؤ باستجابة المريض لدواء معين من عدمها، وفي نوعية الأدوية التي يفضل استخدامها مع مريض معين. ولذلك أجريت دراسة (Lelliot et al.,1988) عام ١٩٨٨ تم فيها تقييم مدى البصيرة الموجودة لدى عينة من مرضى اضطراب الوسواس القهري، وعقد ارتباط بين مدى البصيرة وبين الاستجابة للعقاقير التي كانت في بدايات استخدامها وقتذاك. وفي هذه الدراسة رأى ثلث المرضى أن طقوسهم القهرية منطقية، وأن ممارستها تقيهم شرورا يخافونها. كما أن ١٢٪ من المرضى في هذه الدراسة كانوا لا يقاومون أفكارهم التسلطية ولا أفعالهم القهرية، بل إن القائمين على هذه الدراسة لاحظوا أنه كلما كانت الفكرة التسلطية أو الفعل القهري أكثر غرابة وشذوذا بدا المريض متمسكا به!

ومن الملاحظات الطريفة في حالات الوسواس القهري في الأطفال والمراهقين أن البصيرة تكون مذبذبة إلى حد كبير (March & Mulle, 1988) و(Johnston & Fruehling, 1997) و(Jenike et al.,1998). فحينما يكون الطفل أو

المراهق في حالة هدوء نسبي لأفكاره التسلطية أو أفعاله القهرية فإنه يقر بلا معقوليتها وسخفها، بينما يكون في أحيان أخرى غير متأكد أو على قدر من الشك فيها ويراها منطقية وصحيحة، بل إنه يقاوم أي محاولة لمناقشتها، وذلك في الغالب ما يحدث عندما يكون واقعا تحت تأثير إلحاحها عليه. ويحكي لنا أحمد عكاشة (Okasha, 2001) عن تقرير سمعه في المؤتمر العالمي الأول لاضطراب الوسواس القهري (Foa & Kozak, 1993) والذي انعقد في إيطاليا في سنة ١٩٩٣، حيث تمت دراسة عدة مجموعات من المرضى باضطراب الوسواس القهري في سبعة أماكن في أمريكا، وبينت نتائج هذه الدراسة وجود مدى واسع من البصيرة بين هؤلاء المرضى، فقد كانت غالبيتهم العظمى غير متأكدين من عدم منطقية أفكارهم أو أفعالهم القهرية! بل إنه عندما قيمت البصيرة عبر التاريخ الطولي للحالات تبين أن خمسة بالمائة من مجموع المرضى متأكدون من صحة ومنطقية أفكارهم وأفعالهم القهرية، وأما نتائج الدراسة التي قام بها عكاشة (Okasha, 2001) على المرضى المصريين، وكانت أول دراسة عربية (حسب بحثي) يقيِّم فيها بُعد البصيرة في مرضى اضطراب الوسواس القهري، فقد بينت ما يقول عنه الدكتور عكاشة أنه كان مدهشا، وهو أن أحدا من المرضى لم يظهر مستوى ممتازا من البصيرة! فقد كانت البصيرة:

١ـ متأثرة تأثرا بسيطا Mildly Affected في نسبة ٢٦٪ من المرضى.

٢ـ وكانت متأثرة تأثرا متوسطا Moderately Affected في نسبة ٥٠ ٪ من المرضى.

٣ـ وكانت متأثرة تأثرا شديدا Severely Affected في نسبة ١٤,٤٪ من المرضى.

ويعتبر موضوع البصيرة في مريض اضطراب الوسواس القهري من المواضيع التي لاقت اهتماما كبيرا خلال العقد الأخير، نظرا لتراكم الملاحظات السريرية (الإكلينيكية) من الأطباء النفسيين عن مرضى الوسواس القهري الذين يتذبذب مستوى البصيرة لديهم، إضافة إلى ما يعتبره البعض وضعا مستفزا لاضطراب الوسواس القهري داخل عباءة اضطرابات القلق، والحقيقة أن فهم ذلك البعد في كل مريض من مرضى الوسواس القهري هو من الواجبات المهمة التي يجب على الطبيب النفسي القيام بها لأن ذلك ـ ولا شك ـ ستكون له انعكاساته لا على أين نقسم هذا المريض أو ذاك، بل على العملية العلاجية نفسها، لأن المريض المقتنع بمعقولية أفكاره التسلطية أو

بضرورة ممارسة أفعاله القهرية، هو مريض لن يتعاون بالشكل الكافي مع أي من أساليب العلاج وخاصة مع العلاج السلوكي، وإن كانت نتائج الدراسات في هذا الموضوع (Foa,1979) و(Lelliot et al.,1988) لا تزال متضاربة إلى حد كبير.

وبالرغم من أهمية موضوع البصيرة لم تكن هناك، حتى عهد قريب، مقاييس نفسية متفق عليها لقياس مستوى البصيرة لدى المريض، خاصة أن مفهوم البصيرة نفسه مفهوم يستفز الكثير من الخلافات بين المتحاورين في الطب النفسي وعلم النفس على حد سواء، ولقد قام إيزن وآخرون (Eisen et al., 1998) بتكوين مقياس يتكون من سبعة بنود، اسمه مقياس براون لتقييم المعتقدات Brown Assessment of Beliefs Scale لقياس درجة الاعتقاد لدى المريض، ويتمتع هذا المقياس بدرجة عالية من الصدق Validity و الثبات Reliability (Attiullah et al., 2000)، وقد استخدمه إيزن في دراسة قارن فيها البصيرة بين مرضى رهاب التشوه Dysmorphophobia ومرضى اضطراب الوسواس القهري (Eisen et al., 1997)، وأظهرت نتائجها أن ثلاثين بالمائة من مرضى اضطراب الوسواس القهري لا يتمتعون إلا بقدر قليل من البصيرة بلامعقولية أعراضهم، ولكن أحدا منهم لم يكن يعاني من أفكار وهامية (ضلالية).

معنى ذلك أن وجود البصيرة عند مريض اضطراب الوسواس القهري لم يعد مهما مثلما كان في الماضي القريب، وعدم وجودها لم يعد يعني علاقة بالفصام أو بداية للسير في اتجاهه، كما كان يعني حتى سنوات تكاد تعد على الأصابع. فما أكثر ما تغيرت المفاهيم، وما أكثر ما أصبح المرء يشك في كل ما كان يظنه أكيدا فيما يتعلق بالوسواس القهري.

(٧) العلاقة بين اضطراب الشخصية القسرية واضطراب الوسواس القهري

كانت الفكرة القديمة عن هذه العلاقة هي أن وجود اضطراب الشخصية القسرية عند شخص ما إنما يهيئ ذلك الشخص للإصابة باضطراب الوسواس القهري في وقت ما من حياته، خاصة عندما يتعرض لضغوط حياتية أيا كانت تلك الضغوط، وكان القدماء من الأطباء النفسيين يقدمون العديد من النماذج لهذا المفهوم، فمثلا كانوا يرون أن الشخصية الانعزالية أو الانطوائية Schizoid Personality تهيئ الشخص للإصابة باضطراب الفصام

Schizophrenia، ويرون أن الشخصية المزاجية أو النوابية Cyclothymic Personality تهيئ الشخص للإصابة باضطرابات المزاج وكذلك الشخصية القسرية Anankastic Personality تهيئ الشخص للإصابة باضطراب الوسواس القهري.

وكانت مراجع الطب النفسي القديمة (Janet,1908) تذكر أن ما بين الثلث والنصف من مرضى اضطراب الوسواس القهري يعانون أصلا من اضطراب الشخصية القسرية أو على الأقل من عدد كبير من سماتها، إلا أن وجود مجموعتين كبيرتين من المرضى ظل دائما يشكك الأطباء النفسيين في صحة تلك الفكرة عن ارتباط اضطراب الوسواس القهري سببيا باضطراب الشخصية القسرية، وأما هاتان المجموعتان فإحداهما تمثل مرضى اضطراب الوسواس القهري الذين لا يوجد في سمات شخصياتهم ما يشير إلى وجود سمات الشخصية القسرية على الإطلاق، والمجموعة الأخرى تمثل مرضى اضطراب الشخصية القسرية الذين لا يصيبهم اضطراب الوسواس القهري بالرغم من تعرضهم لكروب شديدة في حياتهم.

وكانت التفسيرات التي تقدمها مدرسة التحليل النفسي لا تقدم تحليلا منفصلا لكل من اضطراب الشخصية القسرية واضطراب الوسواس القهري وإنما كان التركيز على مفهوم الشق السادي من المرحلة الشرجية، وكانت أطروحات مدرسة التحليل النفسي في هذا الموضوع كثيرة (Freud, 1895) و (Freud, 1908) و(Freud, 1913) و(Freud, 1966) في الحقيقة رغم فشلها المتكرر (Jones, 1918) و(Abraham, 1921) و(Stekel, 1949) في مساعدة المرضى بالتحليل النفسي.

وهكذا ظل الجدل دائرا حول تهيئة سمات الشخصية القسرية لمن يحملها للإصابة باضطراب الوسواس القهري إلى ما يقارب بداية العقدين الأخيرين من القرن العشرين (وربما إلى يومنا هذا) إلا أن غالبية الدراسات الحديثة لم تثبت ذلك (Baer & Jenike,1990) و(Sciuto et al.,1991) و (Thomsen & Mikkelsen, 1993) و(Mavissakalian et al.,1993)a، وأشارت إلى أن ما بين ٦٥٪ و٨٥٪ من مرضى اضطراب الوسواس القهري ليسوا من أصحاب الشخصية القسرية ولا من أصحاب اضطراب الشخصية القسرية. بينما لم تزل بعض الدراسات الحديثة (Rasmussen & Tsuang, 1984)

و(Black et al.,1993) و(Ravizza et al.,1995) ترى نوعـا من الصلة مـا بين هذين الاضطرابين، متماشية في ذلك مع توجهات مدرسة التحليل النفسي (Salzman,1968). أما ما وجده الباحثون المصريون (Okasha et al.,1996) في دراستهم فقد بين أن سمات الشخصية القسرية توجد في نسبة تصل الى٢٢٪ من المرضى، بينما توجد في ٥١٪ من أقارب المريض باضطراب الوسواس القهري.

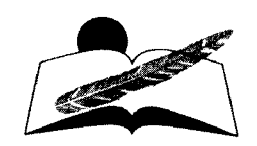
ووجهة النظر الغالبة الآن هي أن اضطراب الوسواس القهري يحدث عادة مع نوع ما من أنواع اضطرابات الشخصية والذي لا يشترط أن يكون اضطراب الشخصية القسرية، بل هو عادة لا يكون اضطراب الشخصية القسرية. وأحدث الدراسات الآن تبين وجود نوع من أنواع اضطرابات الشخصية في نسبة تصل إلى٧٥ ٪ من مرضى اضطراب الوسواس القهري (Bejerot et al., 1998) وإن كان هناك من يتساءلون عن مصداقية ذلك وعن امكان آن تكون طريقة قياس الشخصية أو مقاييسها هي التي تتأثر بشكل أو بآخر بصفات تكون موجودة مع اضطراب الوسواس القهري (Ricciardi et al., 1992) وسوف نعود إلى مناقشة علاقة اضطرابات الشخصية عموما باضطراب الوسواس القهري في فصل اضطراب الوسواس القهري بين الاضطرابات النفسية الأخرى.

ومن الواضح في حقيقة الأمر آن العلاقة ما بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية القسرية ليست علاقة سببية مثلما كانت تحاول نظرية التحليل النفسي إقناعنا. لأنه رغم وجود تشابه في الأعراض احيانا ورغم وجود سمات معينة مشتركة في مرضى الاضطرابين. إلا آننا لا نستطيع اعتبارهما لا على نفس المتصل. بمعنى آن اضطراب الوسواس القهري يمثل تدهورا في اضطراب الشخصية القسرية نتيجة مثلا للكروب التي تواجه صاحبها في حياته. ولا نحن نستطيع اعتبارهما يمثلان خطين متوازيين وبينهما بعض التشابه مثلا. وإنما الأوقع حسب وجهة نظري الشخصية هي أن نقاط الالتقاء ما بين هذين الاضطرابين إنما تنتج عن تعامد هذين الاضطرابين أحدهما أو تلامسهما بشكل أو بآخر عند الصفات المتعلقة بالرغبة في الكمالية Perfectionism. وكذلك الصفات المتعلقة بالاحساس بعدم الاكتمال Incompleteness وكذلك صفة التردد

Indecisiveness. وربما صفة البخل أيضا والتخزين القهري، Hoarding بينما يوجد من بين أشكال اضطراب الوسواس القهري ما له علاقة بأنواع أخرى من الشخصيات.

وفي دراسة حديثة لأحمد عكاشة على مرضى اضطراب الوسواس القهري من العرب المصريين (Okasha,2001) أظهرت النتائج أن نسبة ٦٦٪ من مرضى اضطراب الوسواس القهري لا يعانون من اضطراب شخصية قبل مرضية أصلا وإن كانت لديهم سمات شخصية مرضية متباينة لكنها لا تكفي لتشخيص اضطراب شخصية معين. بينما كان اضطراب الشخصية القسرية موجودا في نسبة ١٤٪ فقط من المرضى، وفي المقابل كان ١٠٪من المرضى يعانون (ومازالوا طبعا) من اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder. كما كان١٠ ٪ أيضا منهم يعانون (ومازالوا بالطبع) من اضطراب الشخصية الزورانية (أو البارانويدية) Paranoid Personality Disorder، كما يذكر عكاشة نتائج بعض الدراسات التي بحثت في علاقة اضطرابات الشخصية بالوسواس القهري وعرضت في المؤتمر العالمي الأول لاضطراب الوسواس القهري الذي عقد في كابري بإيطاليا عام ١٩٩٣ (Rasmussen & Eisen, 1993) و(Mavissakalian et al., 1993)b و(Horesh et al., 1993) وكلها تتفق مع نتائج دراسته الأخيرة. ويستنتج أحمد عكاشة من ذلك عدم اشتراط وجود اضطراب الشخصية القسرية في المرضى الذين يصابون باضطراب الوسواس القهري.

وهكذا نكون قد استعرضنا مجموعة من المفاهيم المتعلقة باضطراب الوسواس القهري التي لا يزال كثير منها في مرحلة التغير والتشكل، ولا تزال الدراسات المتعددة تغير من أساليبها حسب المفاهيم المتجددة، ولكن إسهامنا نحن الأطباء العرب لا يزال محدودا إلى حد كبير في هذا المجال.



8 اضطراب الوسواس القهري في الأطفال

أولا: نظرة عامة وبعض الصور المرضية

يعود الدافع إلى إفراد فصل خاص لاضطراب الوسواس القهري في الأطفال إلى سببين هما: وجود معلومات حديثة كثيرة تشير إلى انتشاره وأحقيته بالاهتمام، إضافة إلى اكتشاف علاقة لبعض حالات الوسواس القهري في الأطفال بالتهاب الحلق وبواحدة أكثر مضاعفاته شيوعا وهي الحمى الروماتزمية. وأما السبب الثاني فهو وجود إشارات إلى احتمال كون اضطراب الوسواس القهري الذي يبدأ في فترة الطفولة مختلفا عن ذلك الذي يبدأ لأول مرة في فترة الرشد. وعلى الرغم من أن وصفا لاضطراب الوسواس القهري في الأطفال ذكر منذ حوالى القرن (Janet,1903) إلا أن الموضوع لم يحظ بالاهتمام والدراسة المنظمة إلا في العقد الأخير، وربما كان السبب في ذلك راجعا إلى عدم وعي الناس باضطراب الوسواس القهري من جهة، بالإضافة إلى عدم إفصاح الطفل من جهة أخرى عن أفكاره التسلطية أو

في عدد لا يستهان به من الحالات يمارس الطفل أفعاله القهرية ويصارع أفكاره التسلطية لمدة تصل إلى العام، وربما أكثر، قبل أن ينتبه أحد أفراد أسرته أو مدرسته أو حتى طبيبه إلى وجود اضطراب نفسي»

المؤلف

أفعاله القهرية، لأنه عادة لا يفطن إليها، وعادة ما يعرض على الطبيب لسبب آخر، كاكتئابه مثلا أو التهاب جلده من كثرة الغسل واستخدام المنظفات، أو التهاب لثته من كثرة استعماله للفرشاة ومعجون الأسنان، وذلك بالطبع من دون أن يذكر لا هو ولا أحد من أهله شيئا عن الأعراض القهرية إلا إذا تنبه الطبيب وسأل عنها.

وعلى الرغم أيضا من أن الدراسات القديمة على مرضى الوسواس القهري من الكبار كانت تشير إلى أن نسبة تتراوح بين الثلاثين والخمسين في المائة منهم بدأت أعراضهم في الظهور خلال الطفولة أو المراهقة، فإن البحث تأخر في اضطراب الوسواس القهري في الصغار، على أساس أنه اضطراب نادر الحدوث، والحقيقة أن الإحصاءات الحديثة (Flament et al.,1990) و(Valleni-Basile et al., 1994 و(Douglas et al.,1995) تشير إلى معدل حدوث لاضطراب الوسواس القهري في الأطفال أعلى بكثير مما كانت تشير إليه الإحصاءات القديمة (كما هي الحال في الكبار) فهو يصيب طفلا أو طفلين من بين كل مائتي طفل وعلى رغم تأثيره السلبي الكبير في حياة الطفل الاجتماعية والأسرية وفي أدائه الدراسي (Leonard et al.,1993) إلا أنه يظل أقل تشخيصا، وأقل علاجا بالتالي مما يستحق، خاصة في مجتمعاتنا العربية ومع نقص وعي الناس والأطباء بالطب النفسي كله، فضلا عن الوسواس القهري.

كما أن انتباه الأطباء النفسيين أنفسهم إلى اختلاف اضطراب الوسواس القهري في الأطفال عنه في الكبار لم يكن في وقت من الأوقات كما هو الآن، فعلى الرغم من أن الأعراض القهرية متشابهة في الشكل وفي المحتوى (Hanna ,1995) و(Thomsen,1995) بين الكبار والصغار، إلا أن هناك احتمالا لوجود اختلاف في الأسباب، وربما شيء من الاختلاف في نوعية الاستجابة لطرق العلاج المختلفة ما بين اضطراب الوسواس القهري في الأطفال والكبار. بل إن هناك ما يشير إلى احتمال وجود عدة أنواع من الوسواس القهري في الأطفال (Swedo et al., 1989) و(Flament et al.,1990) و(Hanna ,1995) و(Thomsen,1995)؛ كما أن هناك علاقة أوضح بالتغيرات العصبية في أنسجة المخ العصبية في كثير من الأطفال المصابين بالأعراض القهرية مثلما يلاحظ بعد حالات رقص سيدنهام (أو الرقاص) Sydenham's Chorea والذي يلي الحمى الروماتزمية (Swedo et al., 1997) و(Swedo et al., 1998) أي أن له

علاقة باضطراب المناعة الذاتية، وكذلك تلاحظ الأعراض القهرية في الأطفال بعد إصابات النوى القاعدية في الدماغ، وكذلك بعد التهاب المخ الفيروسي، وكل ذلك إضافة إلى علاقتها باضطراب العرات أواللوازم الحركية آو الصوتية إنما يشير إلى حدوث أعراض الوسواس القهري نتيجة لتلف مناطق معينة من المخ هي في معظم الأحوال في النوى القاعدية خاصة النواة المذنبة وكذلك الحزام والفص الأمامي للمخ.

ومن المهم أن أبين، قبل الدخول في تفاصيل هذا الموضوع، أن هناك طقوسا طبيعية يمر بها معظم الأطفال، خاصة ما بين السنتين الرابعة والثامنة من العمر، مثل قفز السلمة الأخيرة أو السلمتين الأخيرتين عند الوصول إلى البيت ومثل العد، وترتيب الأشياء بطريقة معينة وغيرها، إلا أن هناك فرقا بين هذه الطقوس المتعلقة بعملية النمو الطبيعية والتي تساعد الطفل على التحكم في قلقه الطبيعي وعلى تمثل القواعد الاجتماعية المختلفة، وبين الطقوس القهرية التي تحَس حتى من جانب الطفل كغير مرغوب فيها، وعادة ما تأخذ الأعراض القهرية التي يعاني منها الطفل أو المراهق أحد الأشكال التالية (Rapoport , 1988) و(Rapoport , 1989)، وليس الغرض هنا بالطبع إلا إعطاء الأمثلة لا الحصر، لأن كل أنواع السلوك البشري يمكن إذا انطبق عليها تعريف الفكرة التسلطية أو الفعل القهري أن تكون كذلك (Rapoport , 1988) و(Rapoport , 1989) و(El-Rakhawy , M.,1992):

أولا: الأفكار التسلطية

١- الاهتمام الزائد بالقذارة أو الجراثيم أو ملوثات البيئة.

٢- الخوف من حدث مرعب كالحرائق أو الموت أو المرض يحدث للذات آو لشخص مهم كالأم أو الأب أوالجد مثلا.

٣- التنظيم والترتيب والدقة الصارمة.

٤- الشكوك الدينية.

٥- الاهتمام الزائد أو الاشمئزاز من مخلفات الجسم أو إفرازاته المختلفة كالبول أو البراز أو اللعاب.

٦- الانشغال الزائد بالأرقام (التي تجلب الحظ والأخرى التي تجلب النحس مثلا).

٧ ـ أفكار أو صور أو اندفاعات جنسية شاذة أو محرمة.

٨ ـ الخوف من إيذاء الآخرين أو الذات.

٩ـ الحاجة إلى السؤال المتكرر (عن أن شيئا سيئا لم يحدث) أو الاعتراف المتكرر.

١٠ـ التكرار اللاإرادي لأصوات أو كلمات أو أنغام لا معنى لها ولكنها تحشر نفسها في وعي الطفل.

١١ـ الخوف من قول أشياء لا يجب قولها أو أسرار لا يريد الطفل إفشاءها.

ثانيا: الأفعال القهرية

١ـ الغسل (للأيدي أو الأسنان) أو الوضوء أو الاستحمام بشكل طقسي أو مبالغ فيه.

٢ـ تكرار طقوس معينة كالدخول والخروج من الباب أو الصعود والهبوط على السلم عددا معينا من المرات.

٣ـ التحقق المتكرر من غلق الباب أو أنبوب الغاز أو من إتمام الواجب المدرسي أو القدرة على كتابة كلمة معينة.

٤ـ طقوس معينة للتخلص من الملوثات (مثلا الغسل من اليمين إلى اليسار أو من أعلى إلى أسفل).

٥ـ اللمس بطريقة معينة.

٦ـ ممارسة طقوس معينة لمنع الأذى عن النفس أو عن الآخرين.

٧ـ الترتيب أو التنظيم.

٨ـ العد (حتى رقم معين مثلا).

٩ـ تخزين وتجميع الأشياء بطريقة طقسية (مع استثناء الهوايات بالطبع كجمع الطوابع مثلا).

١٠ـ التنظيف الزائد عن الحد المعقول للأدوات المنزلية أو المدرسية أو قطع الأثاث.

١١ـ الحركة بشكل معين أو الكلام بشكل معين أو الكتابة بشكل معين.

وعادة ما تكون بداية الأعراض في سن الخامسة أو أكبر من ذلك، ونظرا إلى أن الطفل يحس على مستوى ما بغرابة ما يفعله واختلافه فيه عن أقرانه، أو عن بقية أفراد أسرته، فإن الكثيرين منهم يخفون أعراضهم القهرية عن

أهلهم؛ خاصة في الطفل الأكبر سنا والذي يحس - إلى حد ما - بعدم منطقية ما يفعل؛ ويخاف من لوم الأهل له أو اعتقادهم بأنه يستطيع أن يتوقف عن أفعاله تلك التي لا معنى لها، ويظل الطفل في معاناته الدفينة تلك محاولا احتواءها، إلى أن يفوق إخفاؤها طاقته. والملاحظة العملية في الطب النفسي تقول إنه في عدد لا يستهان به من الحالات يمارس الطفل أفعاله القهرية ويصارع أفكاره التسلطية لمدة تصل إلى العام، وربما أكثر، قبل أن ينتبه أحد أفراد أسرته أو مدرسته أو حتى طبيبه إلى وجود اضطراب نفسي.

وعلى النقيض من ذلك نجد الكثيرين من الأطفال يشركون أفراد الأسرة في وساوسهم وأفعالهم القهرية، خاصة أولئك الأطفال الذين تتكون طقوسهم القهرية من شقين: الأول هو سؤالهم لأحد أفراد الأسرة عن أنهم لم يمرضوا أو أن مكروها لم يحدث لشخص محبوب لديهم، ويكون الشق الثاني من الطقس هو أن يجيب الأب، أو الأم بأن الطفل على ما يرام، أو أن الشخص المحبوب لم يصبه مكروه! وعندما يرفض الأب أو الأم المشاركة في ذلك، لأنه تكفي الطمأنة مرة أو مرتين، نجد أن الطفل يضطرب ويتوتر بشدة، وهنالك من يطلب من أفراد الأسرة جميعا مشاركته في الطقوس التي يمارسها كطقوس النظافة أو التنظيف أو مراقبته للتأكد من أنه يفعل المفروض بشكل مضبوط.

والحقيقة أن الدراسات العلمية لاضطراب الوسواس القهري في الأطفال في منطقتنا العربية قليلة جدا، إذا ما قارناها بالدراسات الغربية. ففي مصر قامت مي الرخاوي (El-Rakhawy.M.,1992) بدراسة مجموعة من الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري، مستخدمة مقياس ليتون للأطفال، بعد ترجمته وتقنينه. كما درست عائلات هؤلاء الأطفال، وكان أهم ما خلصت إليه الباحثة هو أن الضغوط العائلية من أهم الأسباب المرسبة لاضطراب الوسواس القهري في هؤلاء الأطفال. وفي الكويت قام فريح العنيزي (فريح العنيزي، ١٩٩٧)، بدراسة طبق فيها المقياس العربي للوسواس القهري على تلاميذ المرحلة المتوسطة (٢٠٠ تلميذ و١٩٨ تلميذة)، وأظهرت النتائج أن التلميذات الكويتيات لهن متوسطات أعلى من التلاميذ في الوسوسة القهرية. وفي البحرين طبق توفيق عبد المنعم (توفيق عبد المنعم، ٢٠٠٠) المقياس العربي للوسواس على عينة (٤٠٢ شخص) من طلاب المدارس الثانوية



والجامعة، وكان أهم أهداف هذه الدراسة توضيح المعالم الأساسية لاضطراب الوسواس القهري وأعراضه لدى البحرينيين، بحيث يستفاد من ذلك في تخطيط برامج الإرشاد النفسي.

وتضم الصفحات التالية عرضا للتواريخ المرضية لاضطراب الوسواس القهري في الأطفال العرب، تظهر فيها الأعراض القهرية في تفاعلها مع أداء الطفل الدراسي والأسري والاجتماعي، وكذلك تظهر كيفية تعامل الأهل معها وردود أفعالهم المختلفة، كما يوجد بعد كل حالة تعليق على الأعراض الموجودة فيها وعلى محاولة العلاج:

(١٣) «النقر والنتف وشلل الأزرار»!

كان راجح (وليس هذا هو اسمه الحقيقي) تلميذا ذكيا متفوقا في الصف الثالث الابتدائي: عندما بدأ يلاحظ أنه ينزع بعض شعرات رأسه في أثناء انهماكه في المذاكرة، ولم يخبر أحدا بذلك لأنه توقع أن يكون أمرا عابرا، وبالفعل لم يتكرر ذلك كثيرا، لكنه بدأ ينقر بظفره على حسنة صغيرة في أعلى رقبته تحت أذنه اليسرى كلما استغرق في المذاكرة، وكان النقر والحك في المكان نفسه يصل في كثير من الأحيان إلى أن يتسبب في جرح وانسياب لنقط الدم: ولكنه أيضا فضل ألا يخبر أحدا بذلك: خاصة أنه انشغل بفكرة مخيفة هي أنه لن يستطيع استخدام الحمام المدرسي لأنه لا يمكن أن يكون نظيفا! وكيف يكون حمام يستخدمه أكثر من خمسمائة طفل نظيفا؟ ومن يومها قرر ألا يفطر، ولما كانت أمه تصر على أن يتناول وجبة الإفطار، كان يطلب منها أن تضعها له في الجقيبة على أساس أنه سيأكلها في الطريق: وكان يتخلص من شطائره تلك بإلقائها في سلة المهملات، وكانت هذه هي الطريقة الوحيدة التي تخلص بها من مخاوفه من الاضطرار إلى استخدام الحمام في المدرسة: لكن الأمر لم يقف عند هذا الحد فقد بدأ يصر بشكل مبالغ فيه على أن يكون مكانه في آخر الطابور المدرسي في الصباح بحيث لا يكون وراءه أحد!... وذلك لأن فكرة ما تسلطت عليه مؤداها أن أحد الأطفال سيتقيأ على ظهره وقفاه أثناء طابور الصباح: وكان راجح حتى هذه الفترة لا يفصح عما في نفسه لأحد، ربما لأن عدم طبيعية مخاوفه تلك لم تكن واضحة تماما في ذهنه، لكنه كان يعرف جيدا أنه مختلف عن الآخرين

وكان يجد نفسه عاجزا عن الاستمتاع بالكثير مما يستمتع به زملاؤه: لكنه على أي حال كان لا يزال متفوقا في دراسته، وكان مدرسوه يرونه طفلا نابها، وإن كان عصبيا بعض الشيء: أما هو فكثيرا ما كان يكتفي بتخيل أنه يلعب ويعيش حياة طبيعية خالية من المخاوف لكنه لا يدري أين ولا كيف؟! إلا أنه في خلال النصف الثاني من العام الأخير بدأ يقلق بشدة على ما سوف يحدث في أثناء الامتحانات، وهل سيستطيع تذكر كل شيء؟ أم أنه سينسى، وكان على الرغم من أنه متفوق وعادة ما يسبق المدرسين في قراءة واستذكار الدروس لم يكن يستريح إلا إذا سمَّع الدرس غيبا مرة لأمه ومرة لجدته، رغم أن جدته لا تعرف القراءة إلا قليلا، لكنه كان يصر على أن ذلك يعطيه الكثير من الاطمئنان، كما كان يتصل بوالده في مكان عمله ليسأله: «هل معنى أنني حفظت الدرس وسمعته غيبا مرة لنفسي ومرة لأمي ومرة لجدتي هل أنا هكذا لا يمكن أن أنسى؟ وماذا قد يحدث لو فوجئت في أثناء الامتحان بأنني نسيت؟»، وكان يكرر هذا الفعل عدة مرات يوميا، إلى درجة أن والده طلب من مدير مكتبه ألا يحول مكالمات راجح له، وأصبح كثيرا ما لا يرد على الهاتف المحمول إذا رأى رقم البيت في غير وقت المدرسة، ولم تتأزم الأمور كما يرى إلا بعد أن توفى الله جدته التي كان شديد التعلق بها، فمن ليلتها وهو يصارع فكرة تلح على ذهنه، هي أنه تسبب في موت جدته، لأنه قطع واحدا من أزرار قميصه في صباح ذلك اليوم، وأصبحت عملية تزرير القميص أو البنطلون وعملية فك الأزرار تستهلك منه ما يزيد على الساعة كل يوم لأنه يخاف إذا انقطع زرار آخر أن يموت جده أو أحد والديه، وهكذا بدأت أمه تلاحظ تأخره في لبس ثيابه وتأخره في خلعها بشكل يزيد على المعقول، ولم يكن لديه سوى البكاء عندما حاولت أمه أن تعرف سبب تصرفه الغريب، ولما لم تستطع أن تفهم سببا لذلك أحضرته إلى الطبيب النفسي الذي يعالج ابن عمه من اللوازم الحركية.

ويوضح هذا التاريخ المرضي، أول ما يوضح، علاقة هوس نتف الشعر Trichotillomania وكذلك نقر الجلد Skin Picking "Neurotic Excoriations" (وكلاهما تحت اضطرابات نطاق الوسواس القهري) باضطراب الوسواس القهري، وكذلك تظهر العلاقة الوراثية باضطراب العرات أو اللوازم الحركية أو الصوتية Tic Disorder ويظهر أول ما يظهر من وساوس وأفعال قهرية خوفه من

التلوث وامتناعه عن استخدام الحمام المدرسي، وعن عدم تناول إفطاره لكي لا يضطر إلى استعمال هذا الحمام، ثم تظهر بعد ذلك أفعال قهرية مبنية على أفكار تسلطية كإصراره على الوقوف في آخر الطابور لكي لا يتقيأ أحد زملائه على قفاه وظهره، ثم يظهر بعد ذلك خوفه وقلقه من أن لا يستطيع التذكر، فتراه يسترجع الدرس ثلاث مرات وتراه يريد من والده طمأنته باستمرار، ثم يظهر واضحا خلال عدة أفكار تسلطية وأفعال قهرية نوع التفكير اللامنطقي أو السحري Magical Thinking الذي يميز الكثيرين من مرضى اضطراب الوسواس القهري، كما تتضح رغبته في إشراك أفراد الأسرة في الفعل القهري، فهو يبدأ الفعل القهري بالسؤال وتكون تكملته هي رد الشخص الذي يسأله راجح بالرد الذي يطمئنه. وقد تحسن راجح بسرعة كبيرة على عقار الكلوميبرامين، ولم يشتك من أي من الآثار الجانبية التي أخبرتُه بإمكان حدوثها، وكان بعد أربعة أسابيع من تناول العقار أسرع في ارتدائه ملابسه، كما كان أقل إلحاحا في أسئلته التي يحاول من خلالها أن يطمئن نفسه ويهدئ من وساوسه. وأما سلوكياته داخل المدرسة فقد كان من حسن حظه أن الاختصاصية النفسية في مدرسته كانت من اللواتي يحسن أداءهن لعملهن ويتقين الله فيه. فكانت نعم المساعد في عملية العلاج، واستمر راجح على العقار فترة تزيد على ثمانية الشهور. وما زال حتى وقت كتابة هذه السطور، وهو الآن يتصرف بشكل طبيعي تماما في المدرسة وفي البيت، إلا أنه ما زال ينزع بعض الشعرات من رأسه خاصة في أيام الامتحانات.

(١٤) «رقيته فلم يتثاءب!»

كان تامر (وليس هذا هو اسمه الحقيقي) في أولى سنواته في المرحلة الثانوية من الدراسة، وقد دخل على الطبيب النفسي مع جده لأبيه الذي يعيش تامر في كنفه حيث يعمل والداه في بلد خليجي شقيق. وكانت شكوى الجد هي أن تغيرا طرأ على سلوك تامر في الفترة الأخيرة، وأنه أصبح يأتي بحركات غريبة بيديه ويكثر من الشرود، كما أنه أصبح مترددا بشكل واضح، إضافة إلى أنه لا يريد الذهاب إلى المدرسة، وجده حائر لا يدري ماذا يفعل؟ وظن الجد في البداية أن الأمر عابر وأن قدوم والدته من الخليج سوف يحل المشكلة، ويعيد حفيده إلى هدوئه المعتاد، ولكن عودة والدته لم تغير من الأمر شيئا، اللهم إلا أن نوم تامر تحسن بعض الشيء؛ وقد قام الجد برقيته،

خاصة أن هذا التغير ظهر عليه بعد يومين من تسلمه شهادة تقدير من المدرسة لأنه أول فصول الصف الأول الثانوي في المدرسة كلها لمدة نصف العام الأول كله؛ ولذلك ظن الجد أن حفيده محسود، ولكن الحال لم تتغير بعد الرقية، كما أن الولد لم يتثاءب (وهو ما جعل الجد يستبعد احتمال الحسد)، ولذلك قرر عرض حفيده على الطبيب النفسي.

وعندما سأل الطبيب تامر عن تعليقه على ما حكاه جده، قال «أنا لا أدري يا دكتور، ولكنني لا أريد الذهاب إلى المدرسة، فكل شيء هناك يصيبني بالضيق والغم، كما أن زملائي لا يحبونني ويسخرون مني كثيرا، ولم يعد لي أصدقاء، وحتى الذين يتكلمون معي يتكلمون من أجل مصلحتهم، فهم يريدون مني مساعدتهم في حل المسائل الرياضية الصعبة، وما أكاد أنهي الشرح لهم حتى يبدأوا في انتقادي، ولا أحد منهم يستطيع أن يساعدني إذا احتجت أنا إلى المساعدة، وأنا أيضا لا أثق في مستواهم، فأنا الأول دائما، وإن كنت في الفترة الأخيرة لا أذاكر كما كنت، فكلما جلست أمام الكتاب انتابتني نوبة من البكاء الطويل الذي لا أدري له سببا. فأنا لا أستطيع التركيز كما كنت»... وهنا سأله الطبيب النفسي: ولماذا ينتقدك زملاؤك يا تامر؟ فأجاب: «إنها المشاورة (أي الإشارة بيديه) يا دكتور، فأنا لا أستطيع منعها، ولا أستطيع تفسيرها عندما يسألني عنها أحد لأنني لا أعرف أصلا لماذا أفعلها!!»، فسأله الطبيب عن توضيح ما يقصده (بالمشاورة)؟ وهنا تدخل جده وقال: «تامر يفعل بيديه وأحيانا برأسه حركات غريبة لا معنى لها، كأن يفرد ذراعه ويثنيها مرة لليمين ومرة لليسار، ويعيد ذلك بذراعه اليسرى، فهو دائما يبدأ بالذراع اليمنى وأحيانا يهز رأسه ثلاث مرات لليمين وثلاث مرات لليسار!! ويحدث ذلك من دون سبب واضح منذ أكثر من شهرين. وأنا في البداية لم أعر الأمر اهتماما، لكنه زاد على الحد واكتشفت أن الولد لا يستطيع منع نفسه من هذه الحركات، وأنه إن حاول الكف عنها تعب واصفر وجهه وجرت عليه قطرات العرق، أنا أقرب الناس إلى تامر، فهو ينام في حضني منذ ثلاث سنوات، والحقيقة أنني في البداية لم أكن أوافق على غيابه من المدرسة إلى آن اتصل بي أحد مدرسيه وأخبرني بضرورة عرضه على الطبيب النفسي لكي لا تتفاقم الأمور. فزملاؤه كأنما كانوا يبحثون عن عيب فيه ليجدوا ما يواجهون به تفوقه عليهم». وهنا قال الطبيب: إذن هي مجموعة من الحركات

التي تفعلها رغما عنك يا تامر، أو تفعلها بإرادتك لتتجنب الشعور بالضيق إذا لم تفعل؟ فأجاب تامر: «نعم هي للسبب الأخير، فأنا أستطيع ألا أفعلها. لكنني أحس بعدم الراحة والتوتر كلما حاولت ذلك». وسأله الطبيب: وهل هناك في رأيك سبب لذلك؟ أو هل هناك أفكار تدور في رأسك مرتبطة بأي شكل بهذه الحركات؟ فأجاب تامر: «لا أدري، وليس عندي تفسير واضح في رأسي!» وهنا سأله الطبيب عن التردد، فأجاب جده: «تردد أو حيرة لست أدري: لكنني سأصف لك ما لاحظته عليه بنفسي يا دكتور، فمثلا هو بعد أن ينتهي من مذاكرة دروسه يقوم ليضع الكتب في المكتبة الموجودة على جدار غرفته، فكل شيء في غرفته مرتب دائما، وهذه صفة ورثها عني، فأبوه فوضوي كبير. المهم أنه يضع الكتاب على الرف المخصص له، ثم يذهب ناحية السرير ثم يقوم فيتجه إلى المكتبة فيمد يده ليأخذ الكتاب نفسه الذي وضعه منذ ثوان، ثم يفتحه ثم يغلقه ثم يعيده إلى مكانه على الرف مرة أخرى! وكان في البداية يفعل ذلك عدة مرات بين الخمس والتسع ويكتفي بذلك. لكنه في الأسبوعين الماضيين أصبح يأخذ الكتاب، ثم يذهب إلى المكتب به، وأحيانا يقوم ليتوضأ ثم يعود ليمسك الكتاب: فيفتحه فيغلقه، من دون أن يقرأ منه شيئا، ثم يقوم ويعيده إلى مكانه على الرف مرة أخرى، ويفعل ذلك أيضا عدة مرات بين الخمس والتسع، ثم يتجه ناحية السرير. وما أن يلمس السرير حتى يغير اتجاهه إلى المكتبة مرة أخرى، ثم يمد يده اليمنى ليأخذ الكتاب مرة أخرى فيفتحه فيغلقه من دون أن يقرأ منه شيئا، ثم يقوم ويعيده إلى مكانه على الرف مرة أخرى! ويكرر ذلك عدة مرات!! وفي مرة من أسبوع مضى قلت له: «... يا بني أنت أول المدرسة وذهنك متقد الذكاء، وأنت أول الصف الثانوي في المدرسة كلها: وقد ذاكرت أكثر مما يكفي، فلماذا تتردد؟ هل أنت قلق من الدروس؟ هل تريد مدرسا خصوصيا في البيت؟ اطلب ما تشاء مني. أنا جدك وأبوك وأمك. فتمنى علي ما تشاء يا ولدي... فلم يجبني إلا بالبكاء الذي زادني حيرة على حيرة يا دكتور. هذا الولد لم يكن يبكي حتى وهو صغير، إنه رجل من يوم مولده. ولابد أن شيئا جللا قد حدث، ولكنني احترت فيه، ولم يعد بعد الله إلا أنت أو الشيوخ رغم تجاربي معهم من قبل في علاج ابن عمه. أرجو أن يوفقك الله إلى تجنيبي ذلك الطريق...». ثم أن هذا ليس كل شيء، إنه إذا جاء وقت الصلاة ينزل إلى المسجد القريب من

البيت ليصلي جماعة، كما اعتاد، وينزل وحده منذ ستة شهور، لأنني لم أعد أقوى على نزول السلم وصعوده، وفي الفترة الأخيرة أصبح يفعل عجبا، فهو ينزل السلم من الدور الثالث حتى الدور الأرضي، فإذا وصل إلى باب المنزل عاد ليصعد إلى الشقة مرة أخرى، ومن أمام باب الشقة ومن دون أن يفتح الباب ينزل مرة أخرى إلى باب المنزل، ويعيد ذلك أيضا في بعض الأحيان. والأغرب أنه في الأسبوعين الأخيرين، وربما من قبل ذلك ـ لا أدري ـ فما سأحكيه لك الآن حكاه لي قريبنا الذي يسكن في المنزل المقابل. وسلم منزلنا مكشوف له. قال قريبنا: إنه منذ أسبوعين لاحظ أن تامر يفتح باب المنزل بالمفتاح ثم يخرج منه، ثم يعود فيغلق الباب ثم يصعد سلمة أو سلمتين... ثم يعود فيفتح الباب ويخرج منه، ثم يعود مرة أخرى للدخول والغلق والصعود فالنزول ففتح الباب فالخروج من الباب فالدخول منه مرة أخرى فغلق الباب فالصعود... وهكذا، وتامر لا يعرف أن أحدا يراه وهو يفعل ذلك، وهذه أول مرة يسمع فيها ذلك الكلام». وهنا سأل الطبيب النفسي تامر عن تفسير ما حكاه جده فإذا الولد غارق في البكاء، وكأنما تضج به الدموع على صمته ووجهه الصموت، وأخذ ينظر إلى جده... ثم إلى الطبيب النفسي نظرة لاحظها الطبيب، فطلب من الجد أن يأخذ حفيده معه إلى المسجد القريب ليصليا العشاء، ثم يعود به فينتظر خارج غرفة الطبيب. وأن يدخل تامر وحده للطبيب في جلسة نفسية فردية بعد ساعة».

وعندما عاد تامر ليأخذ جلسته الفردية كان واضح القلق والتوتر بسبب ما فاجأه به جده أمام الطبيب قبيل العشاء: وهدأه الطبيب وأخبره أن ما سوف يقوله هو للطبيب هو بمثابة السر ولن يحكيه الطبيب لأحد إلا بإذنه، ولكن تامر قال إن المشكلة لم تعد أن يعرف الناس أو لا يعرفوا! المشكلة الآن أنه هو نفسه لم يعد يعرف إن كان سلوكه طبيعيا أو لا، ثم انخرط في البكاء مرة أخرى، فانتظر الطبيب عدة دقائق ثم طلب من تامر أن يحكي له مخاوفه بالتفصيل فقال تامر: «أنا لا أعرف إن كنت سأستطيع إفادتك أو لا، ولكن الحكاية كلها تتعلق بالعواقب الوخيمة التي تتربص بي، فأنا عندما أتردد في فتح الكتاب وغلق الكتاب أكون أقاوم فكرة عجيبة تقول لي إنني أغلقت الكتاب بالطريقة الخطأ، وأن ذلك إن لم أتداركه في الحال يمكن أن يؤثر في الدرجات التي سأحصل عليها في آخر العام، ولا أستطيع أن أتخلص من هذه

الفكرة إلا إذا قمت بتكرار إغلاق الكتاب بحيث أكون متأكدا من أن صفحاته لم تتثن من دون أن أدري! ثم بعد ذلك خطرت لي فكرة مؤداها أنه يجب أن أتوضأ لكي يكون إغلاق الكتاب مضبوطا ومباركا من الله أيضا، فإذا كنت متوضأ منذ صلاة العشاء، وعادتي أنني أنام على وضوء لأن جدي يفعل ذلك، وإن لم أكن متوضئا أقوم لأتوضأ؛ وأنا في الحقيقة خائف يا دكتور من كوني حكيت لك، لأنني أعرف أن الأفكار والخواطر السيئة مثل الأحلام السيئة يجب ألا أحكيها لأحد، لأن ذلك يكون سببا في حدوثها، وقد علمني جدي ألا أحكي الأحلام السيئة لأن ذلك شؤم في حد ذاته، أنا خائف يا دكتور. «فطمأنه الطبيب بقوله إنه لا علاقة مطلقا بين أن تحكي الحلم وأن يتحقق، وكذلك الأفكار السيئة، ثم إن التشاؤم حرام، وإن الله عز وجل هو الخير الحافظ وهو أرحم الراحمين: وتلا قوله تعالى: ﴿... فالله خير حافظا وهو أرحم الراحمين﴾ صدق الله العظيم (سورة يوسف: الآية ٦٤).

ثم سأل الطبيب تامر أن يفسر له صعود السلم بعد نزوله ونزوله وصعوده وفتح باب البيت والخروج منه ثم الدخول والخروج... هكذا، فقال تامر: «الشيء نفسه يا دكتور، فكرة أخرى عجيبة تقول لي إنني إن لم أصعد السلم وأنزله بشكل كاف قد تكون النتيجة أن أذهب إلى أصدقاء السوء لا إلى المسجد ولا إلى المدرسة، وأنا بالطبع لا أريد أن تفسد أخلاقي، فأنا الوحيد الذي يصلي الظهر في المدرسة وزملائي يعتبرون ذلك دليلا على أنني ما زلت طفلا على رغم أنهم يسخرون مني كثيرا بوصفي بالشيخ. نعم أنا أخاف جدا من فكرة الانحراف! وأصبحت الآن لا أدري هل هناك ما يستدعي كل ما أفعله؟ أم أنني مجنون؟ أنا لم أقل هذا الكلام لجدي يا دكتور، لأنني أخاف عليه إذا عرف أنني مجنون، وفي الوقت نفسه أخاف من أن يكون كلامي معك الآن سببا في حدوث الشر الذي يتربص بي». وهنا سأله الطبيب: وما الذي يجعلك تتوقع تربص الشر بك؟، فأجاب تامر: «لا أدري ولكنني أخاف يا دكتور، وإحساسي بالخوف من الشر ليس له تفسير، إنه هو البداية والحركات التي أفعلها بيدي وبرأسي هي أول طريقة كنت أتخلص بها من ذلك الإحساس، فقد كانت تريحني في بداية الأمر، لكنها لم تعد تريحني ولم أعد أستطيع التخلص منها؟ هل أنا مجنون؟ أرجوك إن كانت هذه هي الحقيقة ألا تصدم جدي فهو مريض بعدة أمراض ولا يتحمل». وطمأنه الطبيب وقال له

إنه سوف يطمئن جده بالطبع ولن يصدمه: ثم لفت نظر الطبيب احمرار أطراف أصابعه وتعرج الأظافر فسأل: ما بال أصابعك يا تامر؟ هل تغسل يديك كثيرا؟ فاحمر وجهه من الخجل، وقال: «لا شيء، أنا فقط آكل أظافري عندما أكون منهمكا في المذاكرة».

وعندما دخل الجد قال: «أنا نسيت يا دكتور أن أخبرك بموضوع ريقه الذي يجمعه في فمه، وكثيرا ما يبصقه على الأرض أو على الوسادة أو حتى على ملابسه. وقد تكلمت معه في ذلك كثيرا، وهو يعلم أنه تصرف غير لائق، لكنه كلما وعد بألا يفعل ذلك رجع عن وعوده. وهناك أيضا ما يفعله في شعره. فهو في أغلب الأحوال إذا استغرق في أي شيء كالمذاكرة مثلا أو متابعة التلفزيون يبرم عدة شعرات بين أصابعه ويظل يفعل ذلك مادام مستغرقا في ما يفعل. وإن لم يفعل ذلك فهو يقوم بقضم أظافره بأسنانه. ولا تكاد أظافره تطول بسبب ذلك، وانظر إلى يديه يا دكتور لترى بنفسك». وطلب الطبيب بعد ذلك من تامر أن يوضح له حكاية ريقه تلك. فأجاب بأنه يشعر بالقرف ولا يستريح إلا إذا تفل ما يتجمع في فمه من اللعاب. وسأله الطبيب: ماذا تقصد بالقرف. فقال: من أي شيء، مثلا مشاهد القتل عندما أرى الصهاينة وهم يقتلون الفلسطينيين! أو عندما أرى أو أسمع أي شيء مقرف! وسأله الطبيب أمام جده عن حكاية برم الشعر تلك، وهل يقوم بنتفه بعد ذلك، فقال: «لا»، وأكد جده أنه لا ينزع الشعر من مكانه ولكنه فقط يبرمه بين أصابعه.

ويظهر هذا التاريخ المرضي العديد من مظاهر اضطراب الوسواس القهري في الأطفال، فهناك علاقته بهوس نتف الشعر Trichtillomania. وإن لم يكن وصل إلى نتف الشعر فمازال فقط يبرمه بين أصابعه. كما يبين العلاقة باضطراب قضم الأظافر Onychophagia، وأما الأهم فهو ذلك التداخل التشخيصي مع اضطراب العرات أو اضطراب اللوازم الحركية Tic Disorder، لأن الجزء الأول من التاريخ المرضي يوحي لك بأنه يصف لوازم حركية، ثم يتضح بعد ذلك أنها أفعال قهرية اضطر المريض إلى فعلها وتكرارها، لكي يتخلص من التوتر والقلق الناتجين عن تسلط فكرة العواقب الوخيمة عليه. وبعد ذلك يحدث ما يسميه لنا جده بالتردد أو الحيرة، بينما هو في الواقع شكل من طقوس التكرار Repeating Compulsion التي اكتشف المريض أنها تريحه بالمصادفة ولم يعد قادرا على وقفها، على رغم أنها لم تعد

تريحه، كما يتضح التفكير اللامنطقي أو السحري Magical Thinking في غياب الرابط المنطقي بين الفكرة التسلطية والفعل القهري الذي يواجهها المريض به، كما يتضح دور الوراثة المحتمل من الجد وابن العم الذي لم نعرف شيئا عن طبيعة مرضه. وفيما يتعلق بمحاولة العلاج، فإن الأمور لم تسر بالشكل المتوقع، فلم يستفد تامر من محاولة العلاج بالماس ولا بالماسا إلا قليلا، على رغم مرور ثلاثة شهور على استعمال الدواء، مما أرغم الطبيب على إضافة عقار الريسبيردون كعقار تعزيزي. ثم اتضح بعد فترة من المداومة على العلاج أن إشفاق جده عليه كان من أسباب تأخر التحسن المنتظر، فلم يكن جده متعاونا في الحقيقة، وكان يريد أن يتحسن الولد من دون تعب، لكن تامر نفسه كان يرى أن مخاوفه الآن أقل، وأن الدواء أفاده كثيرا وحسن قدرته على استذكار دروسه، ولم يبد الرغبة في إكمال العلاج السلوكي.

(١٥) «كلهم مدمنون!»

كانت فيروز (وليس هذا هو اسمها الحقيقي) في السنة الخامسة من التعليم الابتدائي (وعمرها ١١ عاما)، وقد دخلت على الطبيب النفسي مع والدها ووالدتها، وقد بدا عليها الكثير من التوتر وعدم الاطمئنان، وقالت أمها: «فيروز يا دكتور تغيرت بشكل مفاجئ، وهي ابنتي الوحيدة، ولكنني لا أستطيع أن أفعل لها شيئا، ولا حتى أن أفهم ماذا حدث لها. إنها أصبحت تخاف من أخيها الكبير والوحيد بشكل لا يحتمل! إنها لا تدخل غرفة أخيها منذ أكثر من شهر، حتى إن لم يكن موجودا، ولا تأكل من الطبق الذي يأكل فيه، ولا تجلس على الكرسي الذي جلس عليه. إنها استطاعت الاستغناء عن الكمبيوتر الذي كانت تعشقه لأنه موجود في غرفة أخيها. ثم إنها ترتعد وتصفر وتبكي إذا زاره أحد من أصحابه! وأخوها طالب جامعي متفوق ومؤدب، وليس في حياته ما يستدعي خوفها منه ولا من أصحابه، ولا أدري هل للموضوع علاقة بالتلفزيون أم لا، لكنها منذ ستة أسابيع أصبحت تتكلم طوال النهار والليل في موضوع واحد هو موضوع الإدمان، وأن أخاها قد يصبح مدمنا، أو أنه مدمن ونحن لا ندري به. وأصحابه بالتأكيد مدمنون. وفيروز تخاف من أن ينتقل إليها الإدمان من أخيها. وأنا لا أدري من قال لها إن الإدمان مرض معد؟ ثم إنها وترت حياتنا جميعا. ولا تكف طوال النهار والليل عن السؤال: هل أنا أصبحت مدمنة؟ هل أصبت بالعدوى من أخي؟

ولا يفيد ردنا لطمأنتها، فهي لا تطمئن إلا لفترة وجيزة وتعود تسأل، وأبوها مشغول طوال النهار في عمله لا يستطيع أن يتحمل أسئلتها، وأنا الأخرى وإن كانت طاقتي أكبر، ولكنني لا أظن أنني سأظل هكذا إلى ما لا نهاية!». وأما أبوها فقال: «أنا لا أعرف ماذا حدث للبنت. لقد ضقت بها وحاولت مرارا أن أناقشها بهدوء، لأنها أصبحت تفكر بطريقة غير سليمة. كما أن طريقتها في تجنب أخيها حتى ونحن في الشارع تثير الكثير من التساؤلات عند الناس، ولكنها على رغم ما يبدو عليها من الاقتناع بكلامي وكلام أمها لا تغير تصرفاتها، والمشكلة أنني أحس بمدى معاناتها وعذابها. فهي صادقة في إحساسها بالخوف ولا تدعيه. ولكن هذا الخوف غير مبرر. لأنها حتى وإن كان الكثير من الشباب ينحرفون وينزلقون في طريق الإدمان فأخوها لا يمكن أن يفعل ذلك لأنه رجل عاقل ومتزن. ثم إنه أول دفعته في الجامعة، وليس له إخوة أو أخوات سواها. وهو يحبها. وكنا نأخذها من غرفته بالإجبار حتى أقل من شهرين. لأنه كان يعلمها الكمبيوتر والإنترنت، وكانت كثيرا ما تنام إلى جوار الكمبيوتر. ولكن كل هذا تغير وبطريقة لا نفهمها. والحقيقة يا دكتور أنها كلما حاصرتها في النقاش بالعقل والمنطق. ووصلت معها إلى أنها يجب أن تكف عما تفعله لكي لا تصبح في نظر الناس مجنونة لا تفعل شيئا إلا أن تبكي: وفي الأسبوع الأخير تفاقمت الأمور فقد بدأت تبكي في أثناء وجودها في المدرسة وتشتكي من آلام في بطنها ومن صداع. ولم تستطع طبيبة المدرسة أن تجد تفسيرا لذلك. فاتصلت المدرسة بأمها لتحضر لأخذها من المدرسة يوم السبت، وعندما تكررت شكواها يوم الأحد طلبوا منها أن تقابل الاختصاصية النفسية ظنا منهم أن السبب مشكلة في البيت. وعندما حكت لها للاختصاصية النفسية نصحتها بالعرض على الطبيب النفسي. ولعل الله يجعل الشفاء على يديك».

وعندما نظر الطبيب النفسي إلى فيروز كانت دموعها تنهمر في صمت، قد بدا عليها الترقب لما سيقوله الطبيب. ولكنه سألها عن تفسيرها لما يقوله والداها فقالت: «أنا أخاف من أن أصبح مدمنة، وكل الشباب مدمنون يريدون أن يدمن الجميع! وأنا أحافظ على نفسي لكي لا يحدث لي ما حدث لهم!». وهنا سألها الطبيب، صحيح أن هناك الكثير من الشباب اليوم يقعون فريسة للإدمان، ولكنهم ليسوا مجرمين بحيث يريدون إيذاء الآخرين.

إنهم مرضى في حاجة إلى العلاج النفسي يا فيروز، ثم ما علاقة أخيك بذلك، إنه بالتأكيد ليس مدمنا كما سمعت من والديك، أم أن هناك ما لا أعرفه أنا فقالت: «أنا لا أدري إن كان مدمنا أم لا، لكنني أخاف منه ومن كل شيء يلمسه، وليس منه وحده يا دكتور، أنا أخاف من كل الشباب الأولاد. ثم إنهم يمكن أن يتسببوا في إصابتي بالإدمان دون قصد منهم!». فسألها الطبيب: كيف؟ وما هو نوع الإدمان الذي تقصدين؟ فقالت: «كيف؟ لا أدري كيف، والإدمان هو الإدمان يا دكتور أن تصبح عبدا لدواء أو أي نوع من المخدرات التي تشم أو تحقن أو تدخن. أنا سمعت كل شيء في الدش يا دكتور!»، فقال لها الطبيب: أنا أعرف، لأنه واضح من كلامك أنك على قدر كبير من الذكاء، ولكن الذي لا أدري كيف يفوت عليك هو أن أخاك متفوق في دراسته وملتزم في سلوكه وأنت تعرفين أنه يحبك، فكيف تشكين فيه إلى هذا الحد، وأنت تعرفين أن المدمن تظهر عليه علامات الإدمان. ألا تعرفين علامات الإدمان يا فيروز؟ فقالت: «علامات الإدمان لا تظهر على المدمن بالشكل الذي ينتبه إليه الناس إلا بعد فوات الأوان، ويمكن أن يكون أخي في بداية الطريق، ويمكن أن أكون أنا قد تعرضت بشكل أو بآخر للإدمان ولا أزال في مرحلة مبكرة منه، وكثيرا ما تحدث لي أوجاع في بطني وفي رأسي، ربما كانت هذه هي العلامات! وأنا أشعر بذلك ولا أطمئن إلا إذا طمأنتني أمي أو طمأنني أبي، ولا أستطيع النوم إلا إذا سألتهم وطمأنوني! كما أنني أريد أن أصدق أخي ولكنني لا أستطيع، وأريد أن أعود إلى اللعب مع أصحابي، ولكنني أخاف أن تكون لديهم العدوى!»، فقال لها الطبيب: ما حكاية العدوى هذه؟ إن الإدمان لا يعدي، لأنه اضطراب سلوكي لا تسببه جرثومة مثلا. فبدت عليها الجدية وقالت: «لا، إنه وباء، والوباء كلمة تستخدم في وصف انتشار الأمراض المعدية بشكل لا يستطاع التحكم فيه. لقد سألت مدرسة العلوم عن معنى كلمة وباء وأخبرتني بذلك، ثم إن هناك من يتحول إلى مدمن دون أن يكون له يد في ذلك!». وبعد ذلك سأل الطبيب أم فيروز عن أي إصابة للبنت في أثناء ولادتها، وعن سنوات طفولتها الأولى، وعن حدوث حركات تكرارية أو أمراض طويلة خلالها، فأجابت بالنفي. وعندما سألها عن إصابتها بالتهاب اللوزتين في الفترة الأخيرة قالت: إنها كثيرا ما تصاب بالتهاب الحلق، ولكنها تعالجها منه بالمضاد الحيوي، ولم تكن تظن أن هناك

علاقة بين التهاب اللوز وما يحدث الآن، وإن كانت المرة الأخيرة منذ حوالي ثلاثة أشهر قد طالت فيها فترة الالتهاب، لأن فيروز رفضت العلاج بالحقن!

وتبدو هذه الحالة مختلفة نوعا ما عن الحالات الثلاث السابقة، لأن الموجود في معظمه هو نوع من الانشغال الوسواسي بالخوف من الإدمان أو إصابة بالإدمان، وتوقع النية الشريرة في أقرب المقربين ومن غير مقدمات منطقية لذلك، بما يوحي بأن الأمر متعلق بما شاهدته من خلال القنوات الفضائية من برامج تهدف أساسا إلى التوعية ضد الإدمان، لكن ما يحدث بعد ذلك هو سلوك اجتنابي Compulsive Avoidance Behavior إضافة إلى طقوس السؤال رغبة في الشعور بالاطمئنان Need for Reassurance، حيث تسأل البنت والدتها ووالدها وتصر على تكرار السؤال وتطلب إجابات مطمئنة، ولكنها على رغم ذلك لا تقتنع بالشكل الكافي لتغيير سلوكها الاجتنابي تجاه أخيها، هذا فضلا عن غياب المنطق في الفكرة التسلطية الأساسية، لأنها تعرف أن المدمن لا يعدي وأن الإدمان لاينتقل بالعدوى، لكنها تشك في أن أخاها يمكن أن يجعلها مدمنة مثله لكي لا يكون هناك أفضلية لأحد عليه، وهي فكرة تفسر بها ما هي مضطرة إلى فعله، لأنها تعرف أن أخاها يحبها ولا يمكن أن يفعل ذلك، ثم تبدأ بعد ذلك أعراض القلق الأخرى في الظهور بصورة الشكاوى الجسدية في المدرسة، وأما أهم النقط التي أود الإشارة إليها فهي علاقة هذا الاضطراب الوسواسي القهري المفاجئ بالتهاب الحلق واللوزتين الذي تكرر عدة مرات إلى أن أصبحت الأم على دراية بكيفية علاجه، لكنها بالطبع لا تعرف إمكان أن تكون له علاقة باضطراب الوسواس القهري، إلا أنه يستدعي في أذهاننا تلك الأبحاث العديدة الجديدة التي تعتبر بعض أنواع اضطراب الوسواس القهري المبكر واحدا من اضطرابات المناعة الذاتية، وقد بينت تحاليل الدم بالفعل وجود ما يفيد تشخيص الحمى الروماتزمية، واستخدم الطبيب النفسي حقن البنسلين الطويل المفعول لعلاجها إضافة إلى الماس الذي تحسنت فيروز تحسنا دراميا عليه فلم تكن بعد ثلاثة أسابيع من استعماله ترى حاجة إلى العلاج، وكان هذا رأي والديها أيضا، إلا أن الطبيب النفسي نصحهم بالاستمرار على الماس مدة لا تقل عن ستة أشهر فضلا عن استخدام البنسلين بصورة مزمنة كنوع من الوقاية تجاه التهاب الحلق الذي يمكن لو تكررت إصابة فيروز به أن تعود الأعراض، وربما بشكل أشد وربما أظهرت استجابة أقل للعلاج.

وتبين هذه الحالات لاضطراب الوسواس القهري في الأطفال ما قد يشير إلى احتمال كونه نوعا مختلفا عن اضطراب الوسواس القهري الذي يبدأ أول ما يبدأ في الكبار، فمن الواضح أن هناك اختلافا إلى حد ما بين نوعي الاضطراب هذين، فمثلا نجد أن النوع الذي يبدأ في سن مبكرة يكون أكثر في الأولاد بينما النوع الذي يبدأ في الكبر يكون أكثر في النساء (Geller et al.,1998)، ومن الدراسات ما يشير إلى أن النوع الذي يبدأ في سن صغيرة له علاقة أكثر بالأسباب الوراثية (Pauls et al.,1995) و(Nestadt et al., 2000)، إلا أننا يجب ألا نغفل أن أعراض الاضطراب، سواء بدأ في الطفولة أو في الكبر، هي الأفكار التسلطية والأفعال القهرية والتفاعل بينهما، وهو ما يبرر وحدة الاضطراب، حتى على اختلاف أسبابه في نظر كثيرين من الأطباء والمعالجين والباحثين النفسيين.

على رغم ذلك هناك دراسات تبين أنه في حالة اضطراب الوسواس القهري الذي تبدأ أعراضه ما بين سن الخامسة والتاسعة من العمر يكون ما يصل إلى ٥٠٪ من أقارب الطفل يعانون من أعراض قهرية (Pauls et al.,1995) كما أن من الدراسات (Nestadt et al., 2000) ما يشير إلى أن اضطراب الوسواس القهري الذي تبدأ أعراضه بعد سن السابعة عشرة من العمر، لا تظهر في أقارب المريض فيه دلائل تشير إلى وجود العامل الوراثي كعامل فاعل في سبب الإصابة باضطراب الوسواس القهري.

وهناك دراسات حديثة عديدة تشير إلى احتمال كون الأعراض المرضية والتصاحب المرضي Comorbidity في حالات الوسواس القهري، التي تبدأ في سن صغيرة، مختلفة بعض الشيء عنها في الحالات التي تبدأ الأعراض فيها في الكبار. فمثلا تكثر في الأطفال أفعال قهرية غير مسبوقة بأفكار تسلطية (Geller et al.,1998) و(Miguel et al., 2001)، كما تكثر أفكار التلوث والعدوانية والأفكار التسلطية الجنسية، وكذلك طقوس النظافة والتكرار والتحقق والترتيب واللمس، وإضافة إلى ذلك يكثر التصاحب المرضي مع اضطراب العرات Tic Disorders. ومع اضطرابات القلق الأخرى ومع اضطرابات المزاج Mood Disorders، وكذلك أيضا (Geller et al.,1998) التصاحب المرضي مع الاضطرابات النمائية النوعية Specific Developmental Disorders.

والحقيقة أن الظواهر المختلفة التي نجدها في حالات الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب الوسواس القهري، خاصة ما يلاحظ من فروق بين حالات الوسواس القهري المصاحبة باضطراب العرات والحالات الأخرى، إنما تدفع إلى التفكير في تقسيم حالات الوسواس القهري طبقا لذلك، فقد بينت دراسة حديثة (Miguel et al., 1997) أن مرضى اضطراب الوسواس القهري غير المصحوب باضطراب العرات لديهم ظواهر معرفية Cognitive Phenomena، ولديهم أيضا أعراض قلق مستقلي (أي راجع إلى الجهاز العصبي المستقل أو الأوتونومي) Autonomic Anxiety. وهذه الظواهر والأعراض تسبق أفعالهم القهرية ويعبرون عنها عند سؤالهم، أكثر من مرضى الوسواس القهري المصاحب بالعرات. فهؤلاء تكون لديهم ظواهر أخرى مختلفة تسمى «ظواهر حسية جسدية Somatosensory Phenomena»، كما تكون لديهم أفكار أقل قبل فعلهم أفعالهم التكرارية Repetitive Acts، وقد يكون البحث في هذا الفرق بداية طريق تقسيم اضطرابات الوسواس القهري (Robertson, 2000) و(do Rosario-Campos et al., 2001).

وخلاصة القول هي أن هناك دراسات متلاحقة وحديثة تبحث في اضطراب الوسواس القهري مبكر البداية Early Onset باعتباره مختلفا عن النوع المتأخر البداية، وكذلك من ناحية كونه نوعا واحدا أو عدة أنواع، فهناك من يرون أن بعض الحالات لها علاقة باضطراب العرات. وهناك من يرون أن بعض الحالات لها علاقة باضطرابات المناعة بالضبط كالحمى الروماتزمية Rheumatic Fever. وهناك من يرونها في إطار اضطرابات نطاق الوسواس القهري التي تتشكل المفاهيم عنها يوما بعد يوم. ولعلنا نستطيع القول إن صورة الوسواس القهري واحدة وإن اختلفت الأسباب والمفاهيم والتصنيفات.

ثانيا: الأسباب والمسار المرضي والمآل والعلاج

لم يكن هناك حتى الأمس القريب من يسأل عن أسباب للوسواس القهري في الأطفال باعتبارها مختلفة عن أسبابه في الكبار: فحسب نظرية التحليل النفسي توجد أسباب العصابات كلها في سني العمر الأولى. ويعيش عصاب الوسواس القهري مع صاحبه بالطبع إلى أن يكبر، ولذلك كانت الأسباب هي الأسباب ولا داعي للسؤال. لكن الذي يبدو أن التطور الذي تحقق في أساليب التشخيص وفي

• ٨٠٪. وما حدث في الطب النفسي من توجه ناحية البيولوجي، وما لاحظه الأطباء النفسيون وأطباء الأمراض العصبية من علاقة واضحة ما بين أعراض الوسواس القهري وأمراض النوى القاعدية Ganglia Diseases Basal، خاصة مرض رقص سيدنهام Sydenhams Chorea الذي يحدث في الأطفال كواحد من أشكال الحمى الروماتيزمية. وتحدث فيه حركات سريعة متكررة لا إرادية في الأطراف وفي اللسان مع نقص في مستوى التوتر العضلي Hypotonia وفي الأفعال المنعكسة Hyporeflexia، وينتج ذلك كله في أعقاب التهاب الحلق (التهاب اللوزتين) بسبب العدوى بالبكتيريا العقدية أو المكورة Streptococcal Throat infection وما يتلوها في بعض الأطفال والمراهقين من تكون أجسام مضادة ضد النواة المذنبة Caudate Nucleus، فقد أظهرت عدة دراسات وجود أجسام مضادة موجهة ضد نسيج النواة المذيلة أو المذنبة في دم معظم الأطفال المصابين برقص سيدنهام، وأجسام مضادة كذلك ضد نواة ما تحت المهاد Subthalamic Nucleus، وكلاهما أجزاء من النوى القاعدية؛ فمنذ عام ١٩٥٨وهناك تقارير طبية (Chapman et al.,1958) عن وجود أعراض الوسواس القهري في الكثيرين من مرضى رقص سيدنهام؛ كما بينت دراسات عديدة وجود علاقة ما بين أعراض الشخصية القسرية أو أعراض اضطراب الوسواس القهري وبين الإصابة باضطراب الرقاص (أو رقص سيدنهام) في الطفولة (Freeman et al., 1965) و(Husby et al., 1976) وتلا ذلك دراسات على الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري في الطفولة جرى فيها تصوير المخ باستخدام الأشعة المقطعية المبرمجة Computed Tomography Scaning، وقورنوا بعينة ضابطة من الأطفال في مثل سنهم، فأوضحت إحدى الدراسات (Swedo et al., 1989b) صغر حجم النواة المذنبة في الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري.

كل هذه الدراسات إضافة إلى وجود ارتباط بين اضطراب الوسواس القهري وبين اضطراب «توريت» أو اضطراب اللوازم (العرات) المزمن Chronic Tic Disorder وجهت الباحثين في الطب النفسي إلى احتمال وجود عدة أنواع من اضطراب الوسواس القهري في الأطفال، أحدهم على الأقل مرتبط باضطراب المناعة الذاتية الناتج عن التهاب الحلق بالبكتيريا العقدية، أي التهاب اللوزتين العادي المعروف والمنتشر جدا في كل الأطفال، والمسمى المقترح لهذا النوع من الاضطراب النفسي العصبي الناتج عن خلل ما يصيب

النوى القاعدية هو البانداس PANDAS وهي اختصار لعبارة: Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infection (Swedo et al., 1997) و(Swedo et al.,1998)، ولتشخيص هذا النوع من الاضطرابات النفسية العصبية في الأطفال عدة شروط أو صفات هي:

١ـ وجود اضطراب الوسواس القهري أو اضطراب العرات (اللوازم الحركية).

٢ـ أن تبدأ الأعراض قبل سن البلوغ.

٣ـ أن يكون المسار المرضي للأعراض أو لزيادة شدتها مسارا نوابيا Episodic، بمعنى أن المسار يتميز بفترات اتقاد وانطفاء (هدأة وتفاقم) للأعراض.

٤ ـ وجود ارتباط بعدوى الحلق بمجموعة «أ» من البكتيريا العقدية.

٥ ـ وجود ارتباط بالأمراض العصبية.

وتعكس هذه الصفات بالطبع افتراض وجود علاقة بين اضطراب المناعة الذاتية المرتبط بالعدوى البكتيرية واضطراب الوسواس القهري في الأطفال: ولعل في الأبحاث الجديدة والمعاصرة والمتلاحقة (Garvey et al., 1999) (Leonard et al.,1999) و(Perlmutter et al.,1999)، التي تبين التأثير الإيجابي للعلاج بنقل البلازما أو حقن الإميونوجلوبيولين، وكلاهما طريقة علاج لاضطرابات المناعة، ما يشير إلى فتح جديد في فهمنا لعلاقة اضطراب الوسواس القهري في الأطفال وربما في الكبار فيما بعد بمنطقة النوى القاعدية Basal Ganglia في الدماغ.

ولا يختلف المسار والمآل المرضي لاضطراب الوسواس القهري في الأطفال كثيرا عنه في الكبار، فاضطراب الوسواس القهري اضطراب مزمن بطبيعته! لكن الذي تؤكده الدراسات العلمية العديدة أن طرق العلاج المتاحة تستطيع تقديم الكثير من النفع، وتساعد الطفل على مواصلة حياته ودراسته بشكل طبيعي، فمثلا أظهرت إحدى الدراسات (Leonard et al.,1993) التي تمت فيها متابعة مرضى اضطراب الوسواس القهري من الأطفال أن:

١ـ ٨١ ٪ تحسنوا بدرجة كبيرة واستطاعوا ممارسة حياتهم وهم يتابعون العلاج الدوائي والسلوكي والمعرفي.

٢ـ وفي ٦ ٪ اختفت جميع الأعراض لديهم أو ربما كانوا في فترة كمون أو انطفاء تام للأعراض. لأن المعروف عن مسار اضطراب الوسواس القهري هو أن يمر بفترات انطفاء واتقاد للأعراض، وعليه لا يستطيع الباحث أن يجزم أن الاضطراب قد انتهى تماما، لأن من الممكن أن يكون في مرحلة الكمون أو الانطفاء المرحلي للأعراض.

٣ـ ١٣ ٪ لم تظهر عليهم علامات التحسن: وغالبا ما يكون السبب في ذلك راجعا إلى عدم التزامهم بالعقار الدوائي أو عدم تعاونهم مع المعالج السلوكي.

وفي دراسة أخرى أحدث (Pleeter et al.,1996) يقول الباحثون إنه على الرغم من وجود أساليب علاج، أثبتت أنها ناجحة في علاج اضطراب الوسواس القهري. إلا أن متابعة المرضى من الأطفال تشير إلى بقاء العديد من الآثار المرضية على سلوك الطفل على رغم محاولات العلاج، والدراسات التي بين يدي كلها غربية للأسف. لأن دراسة اضطراب الوسواس القهري في الأطفال في منطقتنا العربية لا تزال في بداياتها، فهناك فقط كما ذكرت من قبل دراسة لمي الرخاوي (El-Rakhawy M.,1992) وقد عنيت بالعوامل الأسرية ومرسبات الاضطراب وليس بالمسار المرضي ولا المآل لهؤلاء الأطفال، وكذلك دراسة الباحث فريح العنيزي على الأطفال الكويتيين (فريح العنيزي، ١٩٩٧) التي عنيت بالنواحي المسحية ومقارنة الذكور بالإناث: لكنني لم أهتد في بحثي إلى دراسات عربية أخرى.

وطرق العلاج المتاحة لاضطراب الوسواس القهري في الأطفال هي الطرق نفسها المتاحة لعلاج الكبار مع مراعاة عدة اختلافات أهمها:

١ـ أن عملية تقييم الحالة والأعراض ومناسبتها للمرحلة العمرية للطفل تأخذ أهمية جوهرية في نجاح العملية العلاجية فيما بعد: ومن المهم جدا أن ينتبه الطبيب النفسي إلى أي اضطرابات نفسية أو عصبية مصاحبة لاضطراب الوسواس القهري لأن الخطة العلاجية تختلف تبعا لذلك.

٢ـ هناك ما يشبه الضرورة لإشراك الأسرة ولدراسة التفاعلات النفسية العاملة ما بين الطفل ووالديه وإخوته. لأن لذلك تأثيرا كبيرا على نجاح العلاج أيا كان نوعه.

٣ـ يفضل مع الأطفال، خاصة كلما كان السن أصغر، أن يستعمل العلاج السلوكي المعرفي لأنه كما هو في الكبار يعطي نتائج أكثر ثباتا، كما أنه يفيد في تعليم الطفل سلوكيات جديدة تساعده على التغلب على ميوله الوسواسية؛ وإن كان الاعتماد على العلاج السلوكي المعرفي وحده غير ممكن في الحالات الشديدة أو المصحوبة باضطراب نفسي آخر كاكتئاب جسيم مثلا أو باضطراب «توريت» ففي مثل هذه الحالات لابد من استخدام العقاقير الدوائية منذ البداية حتى يصبح من الممكن تطبيق العلاج السلوكي المعرفي.

فأما العلاج السلوكي المعرفي فإن البرنامج الذي أثبت فاعليته في عديد من الدراسات هو التعرض مع منع الاستجابة Exposure with Response Prevention ويتكون البرنامج العلاجي من ثلاث مراحل هي (March & Mulle , 1998):

أولا: تجميع المعلومات: فكل شيء عن أعراض اضطراب الطفل هنا مهم جدا فمثلا، أين ومتى تزيد الأعراض وما الأشياء أو الأفعال التي يتجنبها؟، ويفضل أن تُرتَّب هذه الأشياء بحيث يمكن أن يكون التعرض تدريجيا من الأقل إخافة للطفل إلى الأكثر لكي يكون من الممكن طمأنة الطفل إلى أن من يفعل السهل يستطيع بقليل من التدريب أن يفعل الأصعب؛ ومن المهم مناقشة مدى الإعاقة التي تسببها الأعراض للطفل وتأثيرها في تحصيله الدراسي وأدائه واجباته المدرسية، وكذلك كل شيء عن التاريخ المرضي للطفل نفسه والتاريخ المرضي لأسرته، كذلك من المهم تحليل الأفعال والطقوس القهرية وكذلك الأفكار التسلطية المصاحبة لها، ومن المهم أيضا شرح النظريات الخاصة بكيفية عمل العلاج السلوكي بشكل مبسط للطفل وللأسرة، لأن كثيرين من الأهل بالطبع لا يعرفون شيئا عن العلاج السلوكي وكيفية عمله والطفل عادة ما يكون خائفا جدا، خاصة بسبب إحساسه بالمجهول المخيف الذي هو مقبل عليه.

ثانيا: التعريض مع منع الاستجابة بمساعدة المعالج: من المهم أن يكون التعريض في الواقع الحقيقي في كل الحالات التي يكون ذلك فيها ممكنا، فمثلا إذا كان الطفل يتجنب ربط حذائه لأنه يضطر بعد ذلك إلى غسل يديه خمسين مرة، أو أنه يتجنب الإمساك بمقبض الباب أو السيارة أو أي شيء غيرها لما يتسبب به ذلك من طقوس قهرية مرهقة فإن التعريض في الواقع الحقيقي ممكن في كل هذه الحالات، وإن كان من الممكن أيضا أن يبدأ المعالج

السلوكي مع الطفل بالتعريض بالتخيل كمرحلة مبدئية للتخفيف على الطفل وتعويده على تحمل القلق المتزايد؛ إلا أن هناك حالات لا يمكن فيها التعريض في الواقع لأنها تتعلق بأفكار تسلطية غير مرتبطة بأفعال قهرية ارتباطا مباشرا، أو بأفكار تسلطية لا يمكن إجراؤها أصلا كأن يكون الخوف مثلا من أن يطعن الطفل صديقه بسكين فهنا لا بد من التعريض بالتخيل: ومعنى ذلك أن بعض الأفكار التسلطية والأفعال القهرية يمكن أن يعرض لها الطفل في الواقع الحقيقي وفي وجود المعالج، ولكن بعضها يحتاج إلى مساعدة الأسرة، وهذا هو الجزء الثالث من البرنامج العلاجي السلوكي.

ثالثا: الواجبات المنزلية ودور الأسرة: بعد أن يتعلم الطفل من المعالج كيفية التعامل مع القلق المتزايد عند تعرضه للمثير الذي كان يتجنبه أو يخافه، مع عدم الاستجابة للطقوس القهرية التي كانت تساعده على تقليل ذلك القلق. تبقى أشياء ومواقف مرتبطة مثلا بمنزل الطفل أو بمدرسته أو غير ذلك، وهنا لابد من الاتفاق مع الطفل ومع الأسرة على جدول سلوكي مبسط ومناسب لعمر الطفل، بحيث يستطيع الطفل أن يكتسب الثقة بقدرته على علاج نفسه بنفسه، لأن هناك مواقف وأماكن لا يمكن بالطبع أن يوجد فيها المعالج مع الطفل؛ كما أن دور الأسرة مهم جدا لأن الكثيرين من الآباء والأبناء يفسدون عمل المعالج بسبب إشفاقهم على الطفل مع عدم فهمهم لنظرية العلاج: فهناك من الأهل مثلا من يرى أن يريح الطفل من العذاب الذي يشفق عليه منه فيقوم بربط رباط حذائه بدلا منه، لأن الطفل يرى في ربط رباط الحذاء سببا للتلوث! وعضو الأسرة هنا لا يدري أنه بذلك يساعد على إعاقة الطفل ويفسد العملية العلاجية برمتها؛ وبدلا من أن يعين الطفل على قهر مخاوفه يقوم بمساعدته على عدم مواجهتها؛ وهناك من الأهل من يفعل ذلك لمجرد أنه لا يعرف، ومنهم من يفعل ذلك لمجرد أنه يشفق على الطفل ومنهم من يفعل ذلك لأنه هو نفسه كان مريضا باضطراب الوسواس القهري، أو لأن أحد أقاربه كان كذلك، فهنا يتدخل عامل الشعور بالذنب والمسؤولية عن معاناة الطفل (Knox et al., 1996)، ولابد للطبيب النفسي من إدراك ذلك والانتباه إليه.

وأما العلاج الدوائي للوسواس القهري في الأطفال فإن الأدوية المتاحة لعلاج اضطراب الوسواس القهري في الكبار هي الأدوية نفسها المرشحة للاستخدام في الأطفال إلا أن عدد الدراسات، التي تؤكد كون هذه الأدوية

آمنة للاستعمال في الأطفال، أقل بالطبع جدا من الدراسات التي تثبت ذلك في الكبار؛ وبما أن عقار الكلوميبرامين هو أقدم هذه العقاقير طرحا في الأسواق فإن هناك خبرة أكبر في استعماله ومن المعروف أن الأطفال يتحملون آثار هذا العقار الجانبية بصورة أفضل من الكبار، وقد استخدم عقار الكلوميبرامين كثيرا في دراسات علاج التبول الليلي اللاإرادي في الأطفال (Satoh, 1983) و(Satkova & Strossova, 1985)؛ ولعل في نتائج الأبحاث الأخيرة التي تشير إلى أفضليته كعقار مضاد للوسوسة على مجموعة الأدوية الأكثر تطورا منه، أي التي تعمل باختصاص أكبر على السيروتونين، كذلك لعل في كونه أقل تكلفة من تلك الأدوية الأحدث ما يشجع على استعماله كسلاح أول للطبيب النفسي العربي؛ أقول ذلك على أنه الرأي الذي أراه حتى وإن كانت دراسات قد شككت في نتائج الدراسات التي أعطت الأفضلية للكلوميبرامين على الأدوية الجديدة (March et al., 1997)، لكنني شخصيا لي خبرة طويلة مع هذا العقار في علاج التبول الليلي اللاإرادي في الأطفال، ومعظم ما يحدث من آثار جانبية في الكبار لا يحدث في الصغار، فإذا أتينا إلى العقاقير الجديدة المختصة بالسيروتونين فإن الفلوفوكسامين (Riddle et al., 1996) والسيرترالين تتوافر لكل منهما دراسات استعملا فيها في أطفال في الثامنة (الفلوفوكسامين) وسن السادسة (السيرترالين) (March & Mulle, 1998) وليست بين يدي دراسات عن السيتالوبرام أو الباروكستين أو الفلوكستين: وهذه الأدوية بالطبع مفيدة في علاج اضطراب الوسواس القهري في الأطفال، لكن من المهم أن يكون أهل الطفل على استعداد من الناحية الاقتصادية لاستعمال هذه العقاقير لفترة طويلة.

وفي مجموعة الأطفال التي يحدث فيها اضطراب الوسواس القهري، أو تتزايد أعراضه بشكل ملحوظ بسبب التهاب حلوقهم (التهاب اللوزتين) بسبب عدوى الحلق بالبكتيريا العقدية (المكورة) Streptococcal Throat Infection: فإن أهم ما يبين هذه المجموعة من بين مجموعات الأطفال المصابين بأعراض الوسواس القهري هو أن يستفسر الطبيب النفسي عن بداية ظهور الأعراض، وعن صحة الطفل قبل ظهورها، وعن التهاب الحلق في الفترة القريبة الماضية، وأن يفعل تقريبا بالضبط كما يفعل الطبيب الباطني أو طبيب الأطفال ليشخص الحمى الروماتيزمية؛ ثم يعالج بالطريقة نفسها كذلك، أي

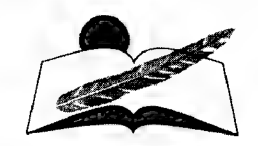
أنه سيصف البنسلين الطويل المفعول ليعالج اضطراب الوسواس القهري إذا ثبت أن الطفل يعاني من الحمى الروماتزمية؛ بل إن هناك دراسة (Riddle et al., 1996) بينت تحسنا دراميا في أطفال يعانون من اضطراب الوسواس القهري بعد عمليات تغيير بلازما الدم Plasma Exchange، وكذلك حدث تحسن بعد حقن الإميونوجلوبيولين في الوريد Intravenous Immunoglobulin وكأننا نتحدث عن اضطراب من بين اضطرابات المناعة.

ومن الأفضل في بلادنا أن يجمع الطبيب النفسي بين النوعين الكبيرين من العلاج (أي الدوائي والمعرفي السلوكي)، على أساس أن ذلك هو الأفضل علميا (Leitman et al., 1999)، ولأن غالبية الأسر العربية تحتاج إلى أن ترى استجابة سريعة للعلاج وكذلك شفاء تاما إن أمكن، وهما لا يتحققان، بعد مشيئة الله، إلا بجمع العلاج الدوائي مع العلاج المعرفي والسلوكي. وأنا أقول ذلك رغم علمي بصعوبة تطبيق مبادئ العلاج السلوكي عندنا لأسباب لا مجال للخوض فيها هنا، لكنني أطالب الأطباء النفسيين العرب أن يحاولوا التطبيق، حتى إن استلزم ذلك منهم مزيدا من الوقت لتعليم الناس: فأنا أرى أن من واجب الطبيب النفسي أن يعلم مريضه وأسرة مريضه، لأن الله أنعم عليه بعلم لابد لكي يكون مسلما حقا أن ينفع قومه به، وفي بداية العلاج بالماس SRIs أوالماسا SSRIs لابد من إخبار الطفل أو المراهق وإخبار أهله بأن تحسنا لا ينتظر قبل مرور فترة قد تصل إلى ثلاثة أشهر ولابد من الصبر على الدواء، وأنه من المتوقع في الأسبوع أو الأسبوعين الأولين من العلاج أن يحس الطفل أو المراهق بأن العلاج يزيد من قلقه، وربما تخيل بعضهم أن العلاج يجعل حالته أسوأ، وهذا ناتج عن أعراض الماس أو الماسا الجانبية المبدئية في بداية العلاج، والتي تصل أحيانا إلى حد الإحساس بالنرفزة الشديدة أو التهيج Jitteriness Syndrome ، وعادة ما تتحسن الأمور بعد اليوم العاشر من بدء العلاج إذا استمر المريض عليه، وقد يصح أن يكون الم.ا.س هو الذي يبدأ به لأن الأطفال يتحملونه أكثر من الكبار، كما يصح أن يغير الطبيب ما بين أنواع الم.ا.س.ا المختلفة، وربما يكون تقليل جرعة العقار أحد الحلول، خاصة أن معظم الأطفال يحتاجون لجرعات أقل، وأهم شيء هو عدم القفز إلى الحكم على العلاج بأنه لم ينجح قبل مرور الشهور الثلاثة، وفي مثل هذه الحالة يمكن تغيير أحد عقاقير الماسا بآخر، كما يمكن استخدام الخيارات التعزيزية المختلفة. ولعل الكلونازيبام ومضادات الذهان في جرعات قليلة هما من أكثر الخيارات

التعزيزية احتمالا للنجاح، حسب دراسات العلاج التعزيزي في الكبار (De Haan etal., 1998). وإنه لمن المؤسف أن مؤشرات الاستجابة للعلاج بالم.ا.س.ا في الأطفال، بمعنى من يستجيب ومن لا يتوقع أن يستجيب، هي أسوأ، من ناحية معرفتنا بها كأطباء، من الحال بالنسبة إلى الكبار (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). وإن كان وجود تصاحب مرضي مع اضطراب العرات، أو وجود تاريخ مرضي في عائلة الطفل أو المراهق لاضطراب «توريت» أو اضطراب العرات، هي مؤشرات على عدم الاستجابة للم.ا.س.ا.

والسؤال الذي أحس به يدور في ذهن القارئ الآن فهو: إلى متى يستمر أطفالنا معرضين لهذا العلاج الدوائي؟ والدراسة العلمية في هذا الموضوع تقول إن ٨٩٪من الأطفال الذين أوقفوا الم.ا.س بعد فترة طويلة من العلاج عادت أعراضهم إلى الظهور خلال شهرين من وقف العلاج (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1997)، وهذا يقابل ما يحدث في الدراسات المماثلة في الكبار.

وأما خبرتي الشخصية خلال ممارستي للطب النفسي في بلد عربي، فلدي معلومات تشير إلى أنه: بين مرضى اضطراب الوسواس القهري، سواء من يتحسن منهم بالدواء وحده أو من يتحسن بالدواء والعلاج السلوكي المعرفي، بين هؤلاء أطفالا وكبارا بالطبع، من لا تعود إليهم الأعراض بعد استخدام الدواء لمدة سنة على الأقل، وبينهم من تعود أعراضهم بعد فترة طويلة من التوقف عن الدواء، وبينهم من ترتد بعض أعراضهم أثناء فترة سحب الدواء التدريجي، وبينهم من ترتد أعراضه بعد ما بين شهر وثلاثة أشهر من وقف الدواء؛ لكنني أنصح بمحاولة وقف للعلاج بعد استعماله لمدة عام، وإذا عادت الأعراض يعود الطفل إلى تناول الدواء وبعد عام تكرر المحاولة وهكذا. كما أن مرضى الوسواس القهري الذين استفادوا من العلاج المعرفي السلوكي ظلوا دائما أفضل من غيرهم في قدرتهم على فهم نفوسهم وطبيعة مرضهم، ومنهم من أصبح يعرف متى يحتاج إلى العقار ومتى يحتاج إلى جلسة علاج معرفي.



٩ الوسواس القهري بين الاضطرابات النفسية الأخرى

«إن بعض مرضى الوسواس القهري يصابون بالفصام، وكذلك فالفصام يبدأ أحيانا بأعراض قهرية»

أحمد عكاشة

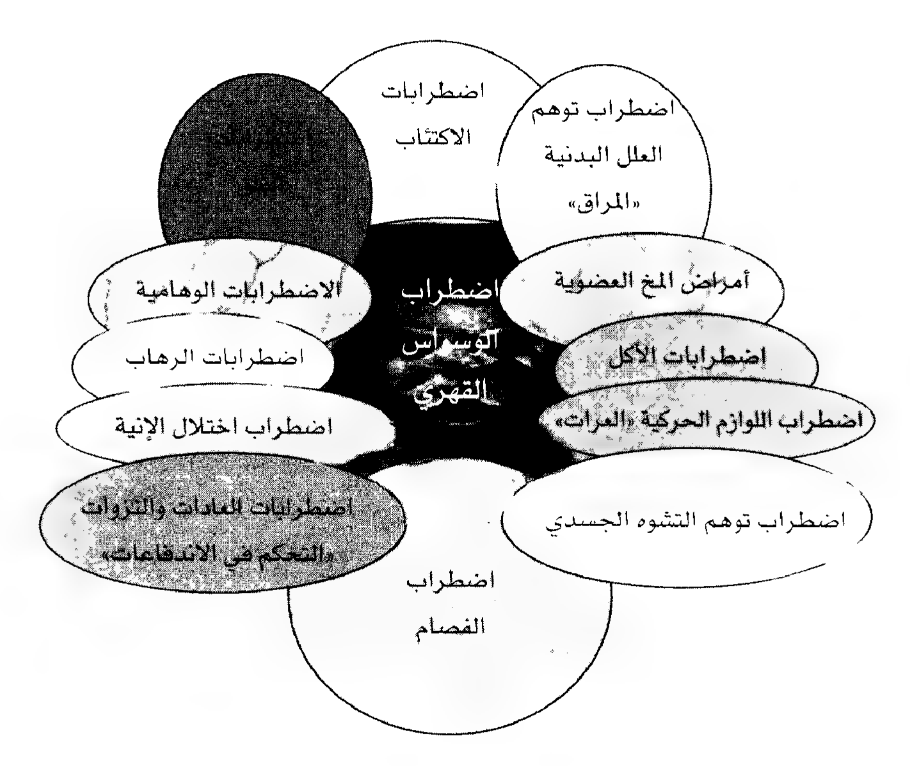
أولا: الحدود التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري

تعتبر الحدود التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري غير واضحة إلى حد كبير، بمعنى أن التماس أو التداخل ما بين أعراض الوسواس القهري وأعراض العديد من الاضطرابات النفسية لا يمكن تجاهله؛ فكما يتضح من الشكل التالي هناك تداخل بين اضطراب الوسواس القهري واضطرابات الاكتئاب، واضطرابات القلق بأنواعها، واضطرابات الرهاب بأنواعها، واضطرابات العادات والنزوات (أو الاندفاعات Habit and Impulse Disorders، أو اضطرابات القدرة على التحكم في الاندفاعات Impulse Control Disorders، حسب التسمية الأمريكية (وتشمل اضطرابات العادات والنزوات مجموعة من الاضطرابات مثل: هوس نتف الشعر Trichotillomania، وهوس السرقة Kleptomania، وهوس الحريق Pyromania واضطراب نقر الجلد المتكرر Compulsive Skin Picking، وقضم الأظافر

Onychophagia، وغيرها الكثير). كما أن هناك تداخلا مع اضطراب الفصام ومع الاضطرابات الناتجة عن تغير تركيبي في المخ لأي سبب من الأسباب كالعدوى أو إصابات الرأس، وكذلك هناك تداخل مع اضطراب اللوازم الحركية (أو اضطراب العرات) أو اضطراب توريت: ثم أن هناك تداخلا مع اضطرابات الأكل النفسية. وأيضا مع اضطرابات الجسدنة، مثل اضطراب توهم العلل البدنية أو المراق Hypochondriasis، واضطراب توهم التشوه الجسدي Body Dysmorphic Disorder، وكذلك مع اضطراب اختلال الإنية Depersonalization Disorder. وهو أحد الاضطرابات الانشقاقية Dissociative Disorders.

ويقول أحمد عكاشة في شرحه للتشخيص التفريقي Differential Diagnosis للعصاب القهري الوسواسي في كتاب الطب النفسي المعاصر (أحمد عكاشة، ١٩٨٤، ص١٠٧): «عندما نواجه أي أعراض قهرية يجب التساؤل أولا: هل هذه الأعراض ثانوية لأمراض أخرى، أم أنها أعراض قهرية من مرض الوسواس القهري؟ ولمعرفة ذلك يجب الاستماع وفحص المريض جسميا ونفسيا بدقة شديدة: إذ تظهر الأعراض القهرية بكثرة مع الأمراض العضوية مثل الحمى المخية، وبعض إصابات الفص الصدغي في الدماغ. وأذكر أحد المرضى الذي كان يعاني جنون الحرائق. وكان يعالج على أساس وسواس قهري مسيطر: ولكن ثبت بعد مدة أنه مصاب بورم في الفص الصدغي في المخ».

ويضيف عكاشة: «وكثيرا ما يبدأ الذهان الدوري واكتئاب سن اليأس بأعراض قهرية، وبالطبع تكون الشخصية هنا دورية والنوبات متكررة، وتصاحبها الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية لمرض الاكتئاب: كذلك الشعور بالذنب وتأنيب الضمير. ويصعب التشخيص أحيانا عندما تبدأ الأعراض القهرية، في شخصية انطوائية، مع اضطراب السلوك، وغموض الأفكار القهرية، خصوصا إذا صاحبتها بعض الأعراض الخيلائية، فهنا سيتجه التشخيص ناحية الفصام: ويجب تقرير ذلك في بدء الأمر، حيث إن علاج هذا المرض يختلف تماما عن الوسواس القهري، ويتضح لنا تفاعل الأعراض القهرية مع معظم الأمراض النفسية والعقلية. فيصاب مريض الوسواس القهري بالاكتئاب التفاعلي، وكذلك يفجر مريض الاكتئاب الذهاني أعراضا قهرية: ثم إن بعض مرضى الوسواس القهري يصابون بالفصام، وكذلك فالفصام يبدأ أحيانا بأعراض قهرية... وهكذا».



الشكل (١): الحدود التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري

المقصود من هذا الكلام هو أن الطبيب النفسي أثناء سماعه لمريضه - سواء لتشخيص حالته أو علاجها أو متابعتها نفسيا، أو هذه الأدوار الثلاثة معا، كما يفعل كل طبيب نفسي في الواقع - إنما يجد ما يشبه الأفكار الوسواسية في كثير من حالات الاضطرابات النفسية التي ذكرتها، والتي تظهر في الشكل السابق، كما يجد في بعضها كاضطراب العرات (اللوازم الحركية) ما يشبه الأفعال القهرية، ويخامره ما يستدعي استبعاد أن يكون أخطأ في تشخيصه لمريضه!

أولا: التداخل التشخيصي مع اضطرابات الاكتئاب

ففي الكثير من حالات الاكتئاب يجد الطبيب النفسي نفسه يتعامل مع أفكار تسلطية أو وسواسية في مريض تشخيصه الأصلي هو اضطراب الاكتئاب الجسيم، أي أن هناك أعراض الاضطرابين معا في مريض واحد.

ولكن أعراض اضطراب منهما تكون هي الغالبة على الصورة المرضية، أو هي سبب شكوى المريض الأولية: فيكون أمام الطبيب ثلاثة خيارات تشخيصية على الأقل:

(١) أن اضطراب الاكتئاب الجسيم يمكن أن يشتمل على أفكار وسواسية أو أفعال قهرية كجزء من أعراض اضطراب الاكتئاب نفسه.

(٢) أن اضطراب الوسواس القهري يمكن أن يشتمل على أعراض اكتئاب كجزء من أعراض اضطراب الوسواس القهري نفسه.

(٣) أن الاضطرابين يمكن أن يكونا موجودين معا في المريض نفسه في الوقت نفسه.

ولا ننسى هنا أن الإنجليز القدامى (Rachman, & Hodgson,1980) من المفكرين النفسيين فلاسفة وأطباء ورجال دين ربطوا ما بين اضطراب الوسواس القهري والاكتئاب، بل إنهم أطلقوا على حالات اضطراب الوسواس القهري اسم «الميلانكوليا الدينية» Religious Melancholy، وكلمة ميلانكوليا تعني الاكتئاب الشديد، وقد سبق أبو بكر الرازي الإنجليز في هذا الربط، عندما أطلق على اضطراب الاكتئاب اسم الوسواس السوداوي، والعلاقة بين الاكتئاب والوسواس القهري ونوعية وأهمية أو مغزى هذه العلاقة ستناقش بعد قليل في هذا الفصل نفسه، ولكننا هنا نتكلم عن الحدود التشخيصية غير الواضحة لاضطراب الوسواس القهري.

وفي تصنيف منظمة الصحة العالمية الأخير للأمراض النفسية والسلوكية ICD/١٠ عدة إشارات إلى هذه العلاقة التداخلية بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الاكتئاب الجسيم: «كما أن هناك علاقة وثيقة بين الأعراض الوسواسية، خاصة الأفكار الوسواسية والاكتئاب. فكثيرا ما يعاني مرضى اضطراب الوسواس القهري أعراضا اكتئابية، كما أن المرضى الذين يعانون اضطرابا اكتئابيا فعادة قد يكتسبون أفكارا وسواسية أثناء نوبات الاكتئاب. وفي كلتا الحالتين تكون الزيادة أو النقصان في شدة الأعراض الاكتئابية مصحوبة بتغيرات موازية في شدة الأعراض الوسواسية». وبعد ذكر الدلائل التشخيصية يعود التصنيف للتعبير عن هذا التداخل التشخيصي مرة أخرى كما يلي: «وقد يكون التشخيص التفريقي بين اضطراب الوسواس القهري وبين الاضطراب الاكتئابي صعبا، وذلك لأن نوعي

الأعراض كثيرا ما يجتمعان معا، وفي نوبة حادة من الاضطراب تعطى الأولوية في التشخيص للاضطراب الذي ظهرت أعراضه أولا. أما إذا توافر الاثنان دون غلبة أي منهما، فمن المفضل اعتبار الاكتئاب هو التشخيص الأولي، وفي حالة الاضطرابات المزمنة تعطى الأولوية للاضطراب الذي تستديم أعراضه في غياب الاضطراب الآخر» (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص١٥٢ -١٥٣).

وأما ما هو عكس الاكتئاب ـ أي الهوس Mania، والذي يمكن أن يتناوب في الشخص نفسه مع حالات الاكتئاب في اضطراب الاكتئاب الثنائي القطب Bipolar Depression، كما يمكن أن يوجد وحده في بعض الحالات – فهو اضطراب نفسي يتميز بانبساط مزاج المريض وزيادة نشاطه وحدة ذاكراته مع قلة احتياجه إلى النوم، وكذلك بكثرة الكلام وسرعته أحيانا، مع الطيران من موضوع إلى موضوع لمجرد وجود رابط بين الموضوعين في نطق مسمى كل منهما، فمثلا السلام يذكره بالسلالم والحمام بالحمام وهكذا، كما يتميز بانفلات المريض نفسيا بحيث يتكلم فيما لا يليق الكلام فيه مثلا في وجود الآخرين. وكلما زادت شدة هذا الاضطراب اقتربت تصرفات المريض من الاختلال إلى أن يصل إلى حالة لابد فيها من إدخاله إلى المستشفى النفسي، أما أن تكون هناك احتمالية لتداخل التشخيص هنا مع تشخيص اضطراب الوسواس القهري فهو ما لا يبدو معقولا ولا مستساغا، لكن الحقيقة هي أن الممارسة العملية تعطي أحيانا نماذج لذلك، فهناك العديد من مرضى اضطراب الهوس الدوري أو الاضطراب الثنائي القطب تبدأ نوبات الهوس لديهم بما يشبه الوسوسة في النظافة مثلا، وكذلك تكرير أفعال معينة، إلا أن الأمر لا يعدو أن يكون عابرا وفي بداية النوبة، حيث إنه من الصعب، مع زيادة الانفلات النفسي والتشتت الذهني، الذي سرعان ما يتعاظم في هذه الحالات، من الصعب أن يستمر المريض في ممارسة أنشطة تتسم بالتنظيم والتكرار. كما أن مثل هذه الأفعال لا تحمل من خصائص الأفعال القهرية إلا شكلها الخارجي. وما يلبث الطبيب النفسي بعد قليل من الملاحظة أن يفرق بين الحالتين.

وهناك حالات وسواس قهري تتميز بسرعة ظهور الأعراض القهرية، وكذلك سرعة زوالها تماما بعد فترة من المعاناة ثم ظهورها مرة أخرى، أي أنها تتخذ مسارا نوابيا حادا، مما يذكر بمسار الاضطراب الوجداني الثنائي

القطب Bipolar Affective Disorder ، ومـا يزيد الأمـور تداخـلا هو عـدم استجابة هذه الحالات للعلاج بالماسا، بينما تستجيب للعلاج بالليثيوم أو الصدمات الكهربية (Swartz & Shen,1999)، أي أنها تستجيب لعلاج الاضطراب الثنائي القطب وليس لعلاج الوسواس التقليدي. بل إنه في بعض الحالات يؤدي استخدام الم.ا.س أو الم.ا.س.ا إلى ظهور نوبات هوس لأول مرة في حياة المريض (Perugi et al., 1997) و(Perugi et al., 1998)a و(Perugi et al., 1998)b و(Perugi et al., 1999).

ثانيا: التداخل التشخيصي مع حالات اضطراب توهم المرض (أو المراق)

أما عن تداخل تشخيص اضطراب الوسواس القهري مع حالات المراق (أو ما يسمى بالاضطراب المراقي (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص ١٧٤) أو اضطراب توهم المرض Hypochondriacal Disorder)، فهو المثال الأقرب حتى في أذهان العامة للوسواس القهري. فكثيرا ما يجيء مريض المراق ليقول لطبيبه النفسي إن لديه وسواس المرض آو وسواسا مرضيا، ويظهر بعد القليل من الكلام مع الطبيب أنه يعاني مرض توهم العلل البدنية: فهذا مريض تتسلط عليه فكرة مؤداها أن لديه مرضا عضويا ما من الأمراض الخطيرة. كأمراض القلب أوالسرطانات أو الإيدز أو جنون البقر. وهو لا يستطيع التخلص من هذه الفكرة مهما حاول ومهما طمأنه الأطباء، ومهما أجروا له من الفحوص الطبية التي تثبت خلوه من المرض الذي يتوهم أنه لديه: فهنا أيضا يجد الطبيب النفسي ما يذكره بالأفكار الوسواسية. بل إن بعض الحالات يصل الأمر فيها إلى ما يشبه الفعل القهري عندما تأخذ رغبة المريض في أن يطمئن على نفسه بسؤال الطبيب أو غيره مثلا شكل الفعل الذي يقاومه المريض لدواع، مثل آنه لا يريد أن يكون مملا أو لحوحا ولكنه يفشل في مقاومته: وعادة ما تبدأ الحالة في أعقاب سماع المريض لمعلومات عن أي من الأمراض، خاصة في وسائل الإعلام المختلفة. وليست كل الحالات بالطبع تشبه اضطراب الوسواس القهري، لكن المثال التالي هو لحالة قريبة الشبه به:

(١٦) جنون البقر

سمع عزام (وهذا ليس اسمه) برنامجا تليفزيونيا عن مرض جنون البقر وأعراضه. وبدأت فكرة أنه مصاب بجنون البقر تهاجمه وتقحم نفسها في وعيه، وقد كان يعاني من نوبات شعور بالإرهاق والكسل، على رغم أنه لم

يبذل أي مجهود، وقد رأى في ذلك ما يثبت أنه مصاب بجنون البقر، وأن هذا هو أحد العلامات المبكرة، ولم تفده طمأنة أصدقائه ولا أعضاء أسرته ولا سبعة أطباء قام بزيارتهم، وبدأ يخاف من أكل لحوم البقر!، بل إنه كان يتجنب الجلوس على مائدة عليها من يأكلونه، وكان عادة ما يحس بالدوخة والرغبة في التقيؤ مع خوف وتوتر شديدين إذا رأى من يأكلون لحوم البقر، وإذا أضفنا لذلك أنه تحسن بعد فترة من استخدامه لأحد العقاقير المستخدمة في علاج الوسواس القهري «الم.ا.س.ا SSRIs»، فإن مشكلة التداخل تصبح أعقد.

فهناك إذن فكرة وسواسية أو تسلطية عند مريض المراق يمكن أن تأخذ مرة شكل مرض في القلب أو مرض في الكلى أو أن الشخص مصاب بالسرطان أو بالإيدز أو غير ذلك (Fallon et al., 1991) و(Fallon et al., 1993). ويتأرجح مدى اقتناع المريض بها من الحد الذي يجعله رافضا لها وعاجز في الوقت نفسه عن التخلص منها، بحيث ينطبق عليها تعريف الفكرة التسلطية إلى الحد الذي يجعله مقتنعا بها: فينطبق عليها تعريف الفكرة الضلالية كما سنبين فيما بعد. وفي هذه الحالة بالطبع لا يكون التشخيص هو اضطراب توهم العلل البدنية وإنما يصبح اضطرابا ضلاليا. وقد بينت إحدى الدراسات (Barsky ,1992) أن نسبة ٨٪ من مرضى المراق يصابون خلال حياتهم باضطراب الوسواس القهري.

أما عن كيفية التفريق بين هذين الاضطرابين فإن الأمر يحتاج إلى تحليل أعراض المريض بشيء من التدبر، فبينما نجد مريض المراق يخاف من أن يكون مصابا بمرض خطير ما، نجد مريض الوسواس القهري يخاف من أن يتعرض للإصابة بالمرض الخطير. وبينما ترتبط الأحداث المتعلقة بالمرض والفحص بأحاسيس جسدية يفسرها مريض المراق بأنها علامات المرض لا نجد مثل هذا الارتباط في معظم حالات الوسواس (Fallon et al., 1996).

ثالثا: التداخل التشخيصي مع أمراض المخ العضوية

وأما أمراض المخ العضوية Organic Brain Syndromes، التي تشمل أمراضا تتبع تخصص الأمراض العصبية وأمراضا تتبع تخصص الطب النفسي، وهذه الأخيرة هي التي غير الأمريكيون الآن اسمها إلى الاضطرابات المعرفية Cognitive Disorders، على أساس أن كل الأمراض النفسية حسب

الفهم الحالي للأمور هي أمراض مخ عضوية، إلا أنني أفضل هنا استخدام التسمية القديمة لأن ما أناقشه هو بالفعل أمراض تقف ما بين التخصصين. ولا يشترط أن تكون أعراضها معرفية فقط، فقد وصف الكثيرون من الأطباء النفسيين أعراض طقوس قهرية تحدث في أمراض المخ العضوية:

فمثلا في حالات مرض باركينسون أو الشلل الرعاش Parkinson's Disease، وكذلك بعض حالات ما بعد التهاب المخ الفيروسي Postencephalitic، مثل مرض «فون إيكونومو Von Economo's Disease» وكذلك تحدث الأعراض القهرية في بعض حالات الصرع Epilepsy كما تحدث في بعض حالات الرقص Chorea. وبعض حالات الاضطراب الذاتوي أو الاجتراري، كما يترجمه البعض (علاء الدين كفافي، ٢٠٠١) Autistic Disorder، وكذلك في بعض حالات النقص العقلي وغيرها، ففي كل هذه الحالات قد يعاني المرضى طقوسا قهرية يحسون بأنهم فاقدو الإرادة حيالها، ولا يستطيعون منع أنفسهم من تكرارها رغم عدم رغبتهم في ذلك، إلا أن هذه الحالات تختلف الأعراض القهرية فيها عن الأعراض القهرية في اضطراب الوسواس القهري من عدة وجوه:

١- تحدث الأفعال القهرية في حالات أمراض المخ العضوية دون أن يسبقها التفكير فيها بصورة واعية أو شعورية يدركها المريض.

٢- يسبق أداء الطقوس الشعور القهري بحتمية أدائها، وهذا عكس ما يحدث في حالات اضطراب الوسواس القهري.

٣- عادة ما تكون الطقوس القهرية الناتجة عن أمراض المخ العضوية بدائية الطابع وبسيطة، بينما تكون الطقوس القهرية في اضطراب الوسواس القهري معقدة في الغالب.

٤- تكون أعراض الوسواس العضوي الأصل، أي الناتج عن مرض عضوي بالمخ دائما طقوسا حركية، وحتى عندما تأخذ الطابع العقلي القهري Mental Compulsion «أي عندما تكون الأفعال القهرية أفعالا عقلية كالعد مثلا»، فإنها عادة ما تكون مصحوبة بعرات حركية (لوازم حركية) Motor Tics، أي حركات عضلية لا إرادية.

٥- عادة ما تكون الأعراض القهرية الحركية الناتجة عن مرض المخ العضوي موجهة لفعل شيء ما، بينما تكون الأفعال القهرية في اضطراب الوسواس القهري موجهة إلى تجنب شيء ما.

وهذا التفريق هو ما تصدقه الممارسة العملية للطب النفسي حسب خبرتي وخبرة بعض زملائي، وإن كانت دراسة حديثة (Berthier et al.,1996) قام بها أطباء أمراض عصبية في أسبانيا لم تجد في نوعية الأعراض ما يمكن أن يساعد في التفريق، وقسم منفذو تلك الدراسة مرضاهم إلى نوعين: أحدهما مرضى اضطراب الوسواس القهري المكتسب Acquired OCD، وسموا النوع الآخر مرضى اضطراب الوسواس القهري المجهول السبب Ideopathic OCD، وأظهرت نتائج دراستهم تلك أن عدم وجود تاريخ مرضي أسري باضطراب الوسواس القهري، وتأخر سن بداية ظهور الأعراض، إضافة إلى زيادة احتمال وجود تأثيرات في الجهاز العصبي تظهر بالكشف الطب العصبي العادي، هو ما يميز المرضى باضطراب الوسواس القهري المكتسب عن مرضى اضطراب الوسواس القهري المجهول السبب كما سموه، وأما الأعراض من حيث شدتها ونوعيتها فقد تشابهت كما تشابهت كذلك النقائص السيكولوجية العصبية Neuro-Psychological Deficits في مجموعتي المرضى مقارنة بمجموعة ضابطة من الأشخاص العاديين.

وأما نتائج تصوير المخ في الدراسة السابقة فقد بينت في مرضى اضطراب الوسواس القهري المكتسب وجود العديد من الإصابات العصبية في القشرة المخية، خاصة في أجزاء القشرة المخية الجبهية والصدغية والمنطقة الحزامية Frontal, Temporal, or Cingulate Regions، أو في منطقة النوى القاعدية، أو في هاتين المنطقتين من الدماغ. ولما كانت هذه المناطق من الدماغ هي المناطق نفسها التي تظهر الدراسات العديدة تغيرها بشكل أو بآخر في مرضى اضطراب الوسواس القهري عامة، فإن القائمين بالدراسة يستنتجون من ذلك وجود علاقة لاضطراب الوسواس القهري باختلال وظيفة أو تركيب الحلقات العصبية بين القشرة الجبهية والصدغية للمخ وبين النوى القاعدية.

رابعا: التداخل التشخيصي مع اضطرابات الأكل

وأما اضطرابات الأكل مثل اضطراب فقدان الشهيةالعصبي (أو القهم العصبي حسب ترجمة تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر) Anorexia Nervosa أو اضطراب الضور أو الشره المرضي أو العصبي (أو النهام العصبي Bulimia Nervosa حسب ترجمة تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر)

(منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص ١٨٧-١٩٢)؛ فإن المريضة بالقهم العصبي ينطبق عليها ما يمكن تسميته بالانشغال الوسواسي القهري بالنحافة. وتفعل أفعالا قهرية في الكثير من الحالات مثل أن تجد أن عليها أن تزن نفسها كل ساعتين مثلا، كما أنها تقف أمام المرآة عارية لتلاحظ مناطق تجمع الدهون في جسدها، وكيف تتغير حسب النظام الغذائي الصارم الذي يكاد يخلو من الغذاء لصرامته، ثم أن هناك منهن من تشتكي بانشغالها الوسواسي بكم السعرات الحرارية الموجودة في كل قضمة من أي نوع من أنواع الطعام، بحيث لا تستطيع التوقف عن هذه الأفكار: وكذلك المريضة بالنهام العصبي التي تتصف بوجود نوبات من فقدان التحكم في كم ونوعية الأكل تسمى بنوبات الدقر (أو الأكل الشره) Binge Eating، ويليها على الفور قيام المريضة بالتقيؤ، الذي تستثيره هي بإدخال إصبعها أو كفها في فمها والضغط على الجزء الخلفي من اللسان، أو بأي طريقة أخرى. والكثيرات من مريضات النهام العصبي يعانين أفكارا وسواسية تتعلق بهذه النوبات وبقدرتهن على منعها مقابل عجزهن عن ذلك. كما أن فعل الأكل نفسه خلال النوبة يصاحبه إحساس بالجبر على الفعل أو عدم القدرة على التحكم في الفعل؛ كل هذه الأفكار والأفعال القهرية المصاحبة لاضطرابات الأكل توحي بعلاقة ما بالوسواس القهري، وإن لم تكن تكفي لتشخيص اضطراب الوسواس القهري، مادامت متعلقة في محتواها بالأكل أو الاستقاءة أو متابعة الوزن أو شكل الجسد.

لكن هناك حالات تكون فيها وساوس وأفعال قهرية لا علاقة لها بذلك مثل الغسيل المفرط لليدين أو العد القهري، وفي دراسة حديثة (Albert et al., 2001) لمرضى اضطراب النهام قارن فيها الباحثون مريضات النهام اللواتي يعانين من الأعراض الوسواسية بمجموعة ضابطة من النساء اللواتي يعانين اضطراب الوسواس القهري فقط، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فرق من ناحية الأعراض الوسواسية بين المجموعتين، كما كان لوجود الأعراض الوسواسية تأثير سلبي في استجابة مريضات النهام للعلاج.

وأما ما يستثير التأمل فهو وجود أعراض اضطرابات الأكل في مرضى اضطراب الوسواس القهري، أي عكس ما تقدم: حيث يلاحظ الطبيب النفسي أن أفكار وسلوكيات الكثيرين من مرضى الوسواس القهري المتعلقة بالأكل والصورة العقلية للجسد تختلف عنها في الأشخاص العاديين. وتقترب

من أفكار وسلوكيات مرضى اضطرابات الأكل، وأذكر أن واحدة نحيلة من مريضاتي كانت تعاني من اضطراب الوسواس القهري، وكانت أفكارها التسلطية وأفعالها القهرية تدور في إطار النظافة والطهارة والخوف من العدوى. وتصادف أن رأيتها وهي تتناول غذاءها في المستشفى، فإذا هي تلف قطع الدجاج بعد نزع الجلد عنها بالمناديل الورقية، ثم تقوم بعصرها داخل المنديل إلى أن يتشبع المنديل بالدهن السائل. وتعيد ذلك سبعة مرات، حتى لو لم يعد شيء من الدهن يمتصه المنديل! وعندما سألتها أعطتني محاضرة عن أضرار الدهون وعن نسبة الكوليسترول، وعن عدم رضاها عن جسدها الذي يمكن أن يزيد في أي وقت، ثم عرفت منها بعد ذلك أنها تقوم بقلي البيض في الماء، وتكتفي بسلق الأرز دون أي استخدام للدهون: كانت مريضتي هذه أقل من وزنها المثالي بسبعة كيلو جرامات. وكان الواضح أنها ستستمر في فقدان الوزن، ولكنها لم تكن تحس بالرضا عن جسمها: مثل هذه الأفكار والسلوكيات يجدها الطبيب النفسي في مريضة فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي، ولكن وجودها في مريض اضطراب الوسواس القهري الذي تتعلق وساوسه وأفعاله القهرية بأمور كالنظافة والطهارة والخوف من العدوى لهو شيء جدير بالتأمل.

خامسا: التداخل التشخيصي مع اضطرابات اللوازم الحركية

أما اضطراب اللوازم (العرات) المزمنة Chronic Tic Disorder الذي يتميز بوجود لوازم حركية أو صوتية، وكذلك اضطراب «توريت» Tourette's Disorder. والذي يتميز بوجود كل من العرات الحركية والصوتية في المريض نفسه: فإن هذه العرات تمثل مشكلة تشخيصية صعبة في كثير من الأحيان؛ فهذه العرات يشعر المريض بعدم قدرته على منعها. على رغم ما تسببه له من الإحراج ومن انتقادات الناس؛ وهناك إلى جانب العرات في نسبة لا يستهان بها من مرضى هذا الاضطراب أفكار أو صور أو نزعات وسواسية تحشر نفسها في ذهن المريض بالضبط كأفكار اضطراب الوسواس القهري التسلطية. ولعل من المفيد أن يتأمل الطبيب النفسي محتوى الأعراض الفكري والشعوري جيدا؛ لأن هناك وساوس يمكن أن تصاحب العرات وتكون مرتبطة بها عندما يكون محتواها الشعوري

والفكري مناسبا، كأن يحس المريض بأفكار تسلطية مؤداها أنه لم يؤد اللازمة بالشكل الصحيح، فيضطر إلى تكرارها - مثلا - لأن ذلك بالطبع مختلف عن أفكار تتعلق بالموت أو الجنس أو العدوانية، ففي الحالة الأولى تكون الأفكار التسلطية مرتبطة بالاضطراب الأصلي، وهو اضطراب توريت، ولكن ذلك التشخيص لا يكفي في الحالة الثانية ويفضل أن يشخص الطبيب اضطراب الوسواس القهري إضافة إلى اضطراب توريت: وينطبق الكلام نفسه على ما يلاحظ من أفعال قهرية في مرضى العرات الحركية المزمنة أو مرضى اضطراب توريت. لأن العرات الحركية المركبة كالنقر على جزء ما من الجسم بشكل معين، أو لمس الأشياء أو الأشخاص بشكل معين ومحدد مثلا، أو التقبيل آو اللكم أو العض إلى آخره. كل ذلك يمكن أن يدخل تحت عباءة العرات الحركية ما دام يشكل غاية في حد ذاته بالنسبة إلى المريض. بينما الأفعال القهرية الأخرى كالعد أو الغسل المتكرر أو إعادة التحقق، التي يقصد منها منع حدث غير مرغوب فيه ولكنها لا تكون غاية في حد ذاتها، هذا النوع من الأفعال القهرية مرتبط باضطراب الوسواس القهري، وإن وجد في شخص يعاني اضطراب توريت، فإن الطبيب النفسي يضيف له تشخيص اضطراب الوسواس القهري، ولعل أهم ما يميز مرضى العرات هو وجود ما يسمى بالظواهر الحسية الجسدية Somatosensory Phenomena، وهي مشاعر جسدية بالضيق تسبق فعل العرة، وتحث الشخص وتدفعه إلى تكرارها، إلى أن يحس بأنه فعل العرة بالشكل المضبوط، وهذه مختلفة عن الأفكار التسلطية المعرفية وعن القلق المستقلي (أي المرتبط بالجهاز العصبي المستقل أو الأوتونومي)، الذي يسبق الأفعال القهرية في مرضى الوسواس القهري.

وكثيرا ما يجد الطبيب النفسي نفسه في حيرة لا تشخيصية فقط، وإنما علاجية أيضا: لأن علاج اضطراب العرات الحركية أو اضطراب توريت مختلف من الناحية الكيميائية عن علاج اضطراب الوسواس القهري، فقد أثبتت التجارب العلمية في الطب النفسي آن العرات الحركية تعالج باستخدام العقاقير التي تقلل نشاط الناقل العصبي الدوبامين؛ بينما يعالج اضطراب الوسواس القهري باستخدام العقاقير التي تزيد من كم أو تأثير ناقل عصبي آخر هو السيروتونين!

والحقيقة أن هناك تشابها لا يمكن إغفاله بين الاضطرابين من حيث الأعراض القهرية، حتى في المرضى الذين لا يعانون أفكارا أو صورا وسواسية، أي أن توقع الأطباء النفسيين لوجود علاقة بيولوجية بين الاضطرابين كان من المفترض أن يثبته تجريب العقاقير الدوائية بحيث يستجيب مريض أي من الاضطرابين للعقار نفسه؛ ولكن ذلك لم يحدث للأسف خاصة في المرضى الأكثر عددا، وهم الذين يعانون لوازم صوتية أو حركية غير مصحوبة بأفكار أو صور وسواسية؛ ولكن الذي ظهر إلى حد ما في الدراسات التي أجريت على مرضى اضطراب الوسواس القهري، الذين يعانون أعراض لوازم حركية، إضافة إلى أعراض الوسواس، هو أن هذه المجموعة من المرضى ربما تستجيب لكلا النوعين من العقاقير إذا استخدما معا، أي أن المريض يأخذ عقارا يزيد السيروتونين وعقارا يضاد الدوبامين.

سادسا: التداخل التشخيصي مع رهاب التشوه

وأما مريض اضطراب توهم التشوه الجسدي Body Dysmorphic Disorder، أو كما كان يسمى قديما رهاب التشوه Dysmorphophobia، فإن المريض هنا يعاني فكرة تسلطية أو وسواسية بكل معنى الكلمة، لكنها متعلقة بتشوه في شكل منطقة معينة من الجسد، ومن أشهر هذه المناطق الأنف أو الشفتان أو الثدي أو الأرداف؛ فيزور عيادة الجراح ويتكلم معه في إحساسه بأن أنفه مثلا كبير أكثر من اللازم أو معوج بشكل أو بآخر. وفي أغلب الأحوال يكون ذلك غير صحيح أو على الأقل مبالغا فيه بدرجة كبيرة. وهذا المريض يشبه مريض اضطراب توهم العلل البدنية في أنه لا يستطيع تصديق الأدلة التي تثبت خلوه من التشوه أوالعيب الخلقي في أنفه مثلا. إلا أن مدى اقتناعه بوجود التشوه لا يصل إلى مستوى الضلالة أوالهذاء. أي أنه ليس مريضا ذهانيا، لكنه في الوقت نفسه لا يستطيع التخلص من الفكرة، كما أن هذا المريض يفعل أيضا أفعالا قهرية من قبيل التحقق والرغبة في الاطمئنان على شكل العضو الذي يتخيل فيه التشوه من كل المصادر الممكنة. وأشهرها بالطبع هو الجراح، خاصة جراح التجميل. فإذا أخطأ جراح التجميل وأجرى للمريض جراحة تجميلية ساءت العاقبة وازداد دور الطبيب النفسي صعوبة: لأن المشكلة لم تكن في شكل العضو وإنما في إدراك المريض لشكله! إذن

فالطبيب النفسي هنا يجد مريضا يعاني فكرة تسلطية لا هو بالمقتنع بها تماما ولا هو بالقادر على نسيانها، ويجد من يصف أفعال النظر إلى المرآة للاطمئنان وإعادة الاطمئنان وتكرار الزيارة لكل من يستطيع الوصول إليهم من الجراحين أو أطباء الأمراض الجلدية في الحالات المتعلقة بالجلد، كأنها أفعال قهرية يضطر إلى فعلها لأنها تريحه من القلق والتوتر.

سابعا: التداخل التشخيصي مع اضطراب الفصام Schizophrenic Disorder

أما مريض الفصام فحديث تداخل تشخيصه مع تشخيص الوسواس القهري حديث ذو شجون؛ خاصة بعد التغير الذي طرأ على الكثير من المفاهيم في الطب النفسي؛ لأن ملاحظات الأطباء النفسيين القدامى لمرضاهم كثيرا ما كانت تشير إلى وجود أعراض وسواس قهري في البداية الأولى لحدوث اضطراب الفصام. وبعضهم كان يرى أن نسبة من مرضى الوسواس القهري سيصبحون مرضى بالفصام بمرور الوقت؛ والعكس أيضا صحيح، فأعراض الوسواس القهري قد تنشأ في أي وقت خلال المسار المرضي لمريض اضطراب الفصام (Zaharovits ,1990) و(Fear et al., 2000). وهذا ما كون مناخا نشأت فيه المفاهيم التي كانت تربط بين الوسواس القهري والفصام، أي الذهان، وأن الوسواس قد يكون بداية الطريق للفصام، أو قد تكون أعراضه في حد ذاتها حماية للمريض من السقوط في متاهات الفصام، حتى أن بعض مرضى الفصام القدامى يحكون، خلال متابعتهم مع الطبيب النفسي، كيف أن طبيبه الأول كان يرى لديه أعراض الوسواس القهري ولا يصف للمريض طريقة لعلاجها. أو كان حتى يحذره من محاولة علاجها!، لأنها في رأي الطبيب النفسي القديم - كما يستشف من الحكاية - كانت تحمي ذلك المريض من الاستسلام التام لاضطراب الفصام! أو كانت تضعف أو تؤخر زحف الفصام! وهذا ما نجد في تعليقات الأطباء النفسيين. في صدور أطروحاتهم العلمية، صدى له (Castle & Groves ,2000). فمثلا تقول نجمة الخرافي (نجمة يوسف، ١٩٨٥، ص٣٠) أثناء حديثها عن نتائج الجراحة النفسية التي تجرى لحالات الوسواس القهري المستعصية: «كما أن حالات مرضى الفصام المصحوب بأعراض وسواسية تتدهور بعد البتر، لأن الأعراض الوسواسية تعطل التدهور الذي يسببه الفصام، لذلك إذا كان

المعالج يشك في احتمال إصابة مريض الوسواس بالفصام أيضا، فإن عليه أن يستبعد هذا الاحتمال بحقنه بدواء الريتالين في الوريد الذي يهيج الأعراض الفصامية الكامنة أو المستترة» ، فإلى أي حد يا ترى يكون هذا النوع من التداخل التشخيصي الذي تشير إليه الباحثة، فيضطر الطبيب إلى إعطاء المريض حقنة منبهة في الوريد من أجل أن تظهر الأعراض المستترة خلف أعراض الوسواس القهري؟

والمتأمل في كل من اضطراب الفصام واضطراب الوسواس القهري يجد أن كلا منهما يغير أفكار المريض، وكلا منهما يغير مشاعره ويؤثر في إرادته وفي أحاسيسه الجسدية وأفعاله العضلية؛ والممارسة العملية للطب النفسي تبين أن كلا من اضطراب الوسواس القهري واضطراب الفصام يمكن أن يظهر بأعراض تشبه أعراض الاضطراب الآخر، وبشكل محير في أحيان كثيرة، بل إن من مرضى اضطراب الفصام من يدخل على الطبيب النفسي شاكيا من الوسواس وكثيرا ما يكون بالفعل يعاني فكرة تسلطية وأفعالا قهرية ولا يكاد الطبيب النفسي يرى من أعراض الفصام فيه إلا أطيافا!

والحقيقة أن دراسة علاقة اضطراب الوسواس القهري التشخيصية باضطراب الفصام لم تكن ممكنة بسهولة قبل النصف الأخير من الثمانينيات، لأن قاعدة تشخيصية عند الطبيب النفسي كانت تقول إن الفصام كتشخيص يتسع لكل التشخيصات الأخرى، أو بتعبير عربي إن تشخيص اضطراب الفصام يجب ما عداه من تشخيصات قبله أو بعده، وهذا هو ما غيره الأمريكيون في تقسيميهم الثالث والرابع للأمراض النفسية (APA,1987) و(APA,1994)، والأمريكيون بالطبع لم يغيروا المرض ولا المرضى لكنهم غيروا الطريقة التي يفكر بها الطبيب النفسي، إذا سار على نهجهم، وكانت نتيجة ذلك أن توالت دراسات ما يعرف بالتواكب أو التصاحب المرضي Co-Morbidity، ويقصد به وجود أكثر من اضطراب نفسي في مريض واحد: بحيث أصبح هناك مريض يعاني فقط اضطراب الوسواس القهري، وآخر يعاني فقط اضطراب الفصام وثالث يعاني الاثنين معا.

وتصل نسبة حدوث أعراض الوسواس القهري في مرضى اضطراب الفصام، حسب بعض الدراسات، إلى١٥٪ (Robinson et al., 1976)؛ أو ما بين ١٠٪ و٢٥٪ كما أن المسار والمآل المرضي في حالة حدوث الاضطرابين معا

اسوأ بكثير منه في حالة وجود اضطراب واحد منهما: وهو ما يدفع بعض الأطباء النفسيين إلى افتراض وجود شريحة من مرضى الفصام تختلف عن الآخرين. ويقترحون تسمية هذه المجموعة من المرضى (Castle & Groves 2000). بمرضى اضطراب الفصام الوسواسي Schizo Obsessive Subtype. ومن المهم أن أذكر القارئ بأن تشخيص فكرة ما كفكرة تسلطية، أو فعل ما كفعل قهري في مريض الفصام، بحيث يستطيع الطبيب النفسي تشخيص اضطراب الوسواس القهري في مريض الفصام هو أمر غير يسير في معظم الأحوال: لأن الأسس التي لابد من الإمساك بها لخلع الصفة القهرية على الأفكار أو الأفعال، ولتفريقها من الأفكار الضلالية أو الأفعال المبنية عليها، وهي إيقان المريض بعدم صحة أولا معقولية أو تفاهة الفكرة أو الفعل أو زيادته عن الحد ثم مقاومته لها، وشعوره بسيطرتها عليه. كل هذه الأسس لا تستطيع في مريض الفصام أن تمسكها بسهولة أبدا.

ثامنا: التداخل التشخيصي مع اضطرابات العادات والنزوات

وهذه مجموعة اضطرابات نفسية أخرى لم تكن درست بالشكل الكافي في العصور الماضية، وبعضها لم يزل تتشكل المفاهيم حوله إلى حد يجعل مفاهيم الاندفاع والتحكم في الأفعال في حالة تنذر بمراجعة كثير من المفاهيم القديمة في الطب النفسي، بل في السلوك البشري كله، وهي اضطرابات التحكم في الاندفاعات Impulse Control Disorders، أو حسب تسمية التصنيف العالمي ICD/10 اضطرابات العادات والنزوات Habit and Impulse Disorders وتتسم هذه المجموعة من الاضطرابات بسمات ثلاث هي:

١- الفشل في مقاومة اندفاعة أو نازع أو هوى للقيام بفعل ما ضار للشخص نفسه أو للآخرين.

٢- شعور متعاظم بالاستثارة قبل القيام بذلك الفعل.

٣- الإحساس بالمتعة أو الرضى أو التخلص من الضغط النفسي أثناء القيام بذلك الفعل.

وهذه السمات الثلاث هي التي تجمع مجموعة من الاضطرابات المتباينة! ففيما عدا هذه السمات تختلف اضطرابات التحكم في الاندفاعات اختلافا كبيرا بعضها عن بعض في طبيعة الفعل نفسه (مثلا من العنف في

الاضطراب الانفجاري المتقطع إلى نتف الشعر في هوس نتف الشعر)، وفي معدل تكرار الفعل (مثلا من التكرار النادر للعنف في الاضطراب الانفجاري المتقطع Intermittent Explosive Diorder إلى التكرار المستمر لهوس نتف الشعر Trichotillomania طوال اليوم) وكذلك في نتيجة الفعل (من مجرد لعب القمار في اضطراب المقامرة المرضية حتى إشعال الحرائق في هوس الحريق Pyromania). المهم أن ما يعنينا هنا هو تداخل الحدود التشخيصية لهذه المجموعة من الاضطرابات مع اضطراب الوسواس القهري، وخاصة فيما يتعلق بشق الأفعال القهرية نفسها، لأن العجز عن منع أو تأجيل سلوك متكرر، على رغم عزم الشخص على منع نفسه منه، هو ما يحدث في اضطراب الوسواس القهري، وهو نفسه ما يحدث في اضطراب التحكم في الاندفاعات، وهنالك بالطبع فارق بين الحالتين في دوافع تكرار الفعل نفسه، لأن الدافع في حالات اضطراب الوسواس القهري يكون الرغبة في التخلص من الألم النفسي الناتج عن منع تكرار الفعل. بينما يكون الدافع لتكرار الفعل في معظم حالات اضرابات التحكم في الاندفاعات أو اضطرابات العادات والنزوات هو تعظيم اللذة. وشتان بين الحالتين. لكن المريض في شكواه إنما يبرز الجانب القهري في اضطرابه في الحالتين: وهناك بالطبع نقاط التقاء واختلاف بين هذه الأنواع من الاضطرابات وبين اضطراب الوسواس القهري.

تاسعا: التداخل التشخيصي مع اضطراب اختلال الإنية Depersonalization

وفي اضطراب اختلال الإنية Depersonalization، الذي يشكو فيه المريض من تغير دائم أو متكرر (على شكل نوبات) في إدراكه لذاته أو إحساسه بها، بمعنى أن هناك خللا يسبب فقدا أو تغيرا لإحساس المرء بذاته، كما اعتاد عليه قبل حدوث الاضطراب، وهو ما يصفه المريض بتعبيرات عديدة مثل أنه يشعر بأنه مفصول عن ذاته بحيث يكون كمن يراقبها من الخارج، أو أنه يراقب عملياته العقلية أو الجسدية، أو أنه يحس بأنه أصبح إنسانا آليا فلا يحس مشاعره التي اعتاد عليها، أو أنه يحس بفقدان القدرة على التحكم الكامل في أفعاله العقلية أو الجسدية، أو أنه يحس بأن مشاعره مخدرة أو منملة، إلى آخر هذه الأوصاف التي يستعملها المريض. وهو دائما يقول للطبيب النفسي إنه لا يستطيع التعبير عن إحساسه الحقيقي، ولا يجد

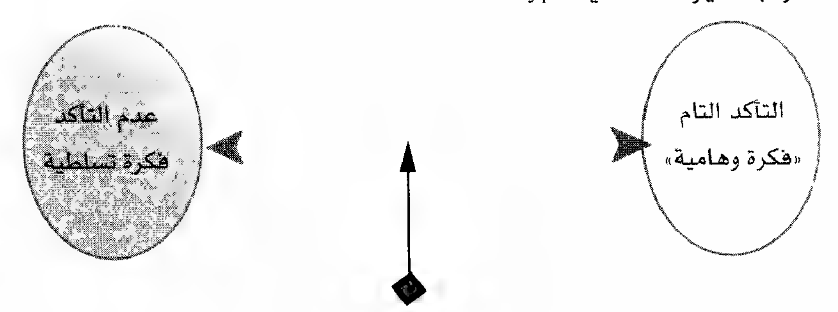
الكلمات المعبرة عما يحس به. لكنه في جميع الأحوال إحساس يسبب الكثير من الضيق ويظل المريض بالطبع موقنا أن ما يحس به مخالف للحقيقة وهذا ما يعذبه!

وما يعنينا هنا هو الانشغال الوسواسي للكثير من المرضى بهذا الاضطراب بخبراتهم الحسية الغريبة. وما يفعله بعضهم من تكرار طلب الطمأنة من الطبيب النفسي أو من غيره بشكل يجعل تشخيص اضطراب الوسواس القهري حاضرا في الذهن: إذن فكل من اضطراب اختلال الإنية واضطراب الوسواس القهري يشمل أفكارا مرفوضة من الشخص. لكنها تتكرر على وعيه بالرغم منه. وفي حالات الوسواس القهري تكون الأفكار متعلقة بعدم التحقق والمبالغة في تقدير الأخطار، بينما هي في حالات اضطراب اختلال الإنية تتعلق بعدم الراحة واختلال الحواس. فيما يتعلق بإحساس الشخص بذاته أو جسده أو علاقته بالأشياء: بل إن من الأطباء النفسيين من يعتبر اضطراب اختلال الإنية تكرارا استحواذيا لإحساس أولي باستغراب الذات أو الواقع الخارجي.

عاشرا: التداخل التشخيصي مع الاضطرابات الوهامية (أو الضلالية)

الاضطرابات الوهامية (أوالضلالية) Delusional Disorders هي مجموعة من الاضطرابات يتكون فيها إما وهام (ضلال) واحد وإما مجموعة من الوهامات المترابطة Delusions التي تكون عادة مستمرة. وقد تستمر طوال العمر. بحيث تكون الفكرة الوهامية (الوهام أو الضلال) أو مجموعة الوهامات هي السمة السريرية (الإكلينيكية) الوحيدة أو الأساسية في الاضطراب (منظمة الصحة العالمية. ١٩٩٩، ص ١٠٥). والحديث عن تداخل تشخيص هذه الاضطرابات مع تشخيص اضطراب الوسواس القهري مشابه للكلام عن تداخل تشخيص اضطراب الفصام مع الوسواس القهري، حيث يتعلق الأمر بالفرق ما بين الفكرة التسلطية أو الوسواسية وبين الفكرة الوهامية (الضلالية) (Stengel ,1945). ولعل أفضل طريقة لتوضيح ذلك الفرق هو تخيل نطاق أو متصل يمثل بخط مستقيم كما في الشكل (٢). ونضع في أحد طرفيه أولئك المرضى باضطراب الوسواس القهري، الذين ينطبق عليهم التعريف التقليدي للفكرة التسلطية والأعراض القهرية. بمعنى أنهم مقتنعون بعدم صحة أو لا معقولية أفكارهم أو أفعالهم القهرية، وهم بالتالي يقاومونها بينما نضع في الطرف الآخر من الخط أولئك

المرضى باضطراب الوسواس القهري، الذين لا ينطبق عليهم التعريف التقليدي، فهم مقتنعون بصحة أفكارهم التسلطية وأفعالهم القهرية، وهم بالتالي لا يقاومونها. وما بين طرفي الخط المستقيم - أو المتصل المتخيل نستطيع أن نضع الكثيرين من المرضى بعضهم يشك مثلا في إمكان أن تكون الفكرة التسلطية صحيحة، وبعضهم لا يحاول مقاومتها، على رغم أنه يراها غير صحيحة، بمعنى أن هناك عدم توافق بين رأيه على المستوى المعرفي وبين أفعاله على المستوى السلوكي. وهناك أيضا خاصة في الأطفال والمراهقين من مرضى الوسواس القهري من يتذبذبون ما بين الاقتناع بصحة ومعقولية الفكرة، خاصة عندما تهاجمهم الوسوسة بشدة، وبين الإقرار بعدم صحتها ولا معقوليتها في أوقات هدوء الفكرة التسلطية. وهناك من يتفاوت رأيهم في عواقب عدم فعل الأفعال القهرية ابتداء من «من المؤكد أن عواقب وخيمة سوف تحدث»، حتى «لن يحدث شيء أكثر من زيادة القلق والتوتر إن لم أمارس طقوسي القهرية». وهكذا يكون هناك من هم أقرب إلى الشكل التقليدي لاضطراب الوسواس القهري، ويكون هناك من هم أقرب إلى الشكل القريب من الذهان «الاضطرابات الوهامية» أو الشكل اللا تقليدي أو الذهاني لاضطراب الوسواس القهري، وعلى رغم أن أي فكرة وهامية يمكن أن تتداخل مع الفكرة التسلطية، إلا أن أنواعا معينة من اضطرابات الأفكار الوهامية تكون أكثر عرضة للتداخل مع اضطراب الوسواس القهري، وهي الأفكار التي تمثل البعد الذهاني لاضطرابات كتوهم العلل البدنية أو توهم التشوه الجسدي، وكلاهما يشخص اضطراب فكرة ضلالية جسدية Delusional Disorder , Somatic Subtype، وكذلك كثيرا ما يحدث التداخل مع اضطراب الغيرة الضلالية Delusional Disorder , Jealous Subtype .



الشكل (٢): متصل التأكد/ عدم التأكد ومكان الفكرة المبالغ في تقديرها عليه

وهناك اهتمام في الفترة الأخيرة بقابلية بعض مرضى اضطراب الوسواس القهري للتحول إلى مرضى بالاضطرابات الضلالية لأنه يبدو أن بعض المرضى فقط يحدث لهم ذلك. ومن الملاحظات التي تأكدت بالدراسة العلمية أن المرضى الذين تكون أفكارهم التسلطية متعلقة بموضوع واحد لا عدة مواضيع هم الأكثر عرضة لذلك التحول (Zohar et al.,1999) وكذلك وجد احتمال لعلاقة ما بين النزوع إلى هذا التحول وبين الاكتئاب وسمات الشخصية الفصامية النوع Schizotypal Personality Disorder.

أحد عشر: التداخل التشخيصي مع اضطرابات القلق

فإذا تكلمنا عن تداخل الحدود التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري مع الحدود التشخيصية للقلق: فإن من المهم أن نتذكر أن القلق كعرض نفسي هو بالفعل الشعور والانفعال الذي يحيط بالوساوس والأفعال القهرية في كل المرضى: فاقتحام الفكرة التسلطية لوعي المريض ينتج كما كبيرا من القلق. ثم إن مقاومة هذه الفكرة في حد ذاتها تسبب القلق. والفشل في طردها من الوعي يضاعف القلق وهو ما يحدث أيضا في حالة الأفعال القهرية: فمنع المريض لنفسه من تكرار الفعل القهري يولد كما كبيرا من القلق. واستسلام المريض لتكرار الفعل يقلل من نسبة ذلك القلق. ولو حتى لفترة وجيزة. المهم أن القلق يحيط بالأفكار التسلطية وبالأفعال القهرية. فهو الموجود قبلها في حالة الفعل القهري. وكلما حاول المريض منع الفعل ازداد القلق. وهو الموجود في حالة الأفكار التسلطية بعدها ومعها وأثناءها أيضا (Lipinski & Pope, 1994). المهم أن ذلك لم يكن يسبب مشاكل تشخيصية للطبيب النفسي ـ مثلما تسبب الاضطرابات الأخرى التي يحويها الشكل (١) ـ ولا يسبب الآن هذا النوع من المشاكل، ولكن الذي وضع اضطراب القلق مجاورا لاضطرابات الاكتئاب هو شيء آخر. ألا وهو ما فعله الأمريكيون عندما وضعوا اضطراب الوسواس القهري كله كواحد من اضطرابات القلق، وسوف أفصل الأمر أكثر في الجزء التالي من هذا الفصل. فما يعنينا هنا هو التداخل التشخيصي فقط. ومن بين اضطرابات القلق حسب التصنيف الأمريكي، التي تتداخل مع اضطراب الوسواس القهري اضطرابات الرهاب واضطراب الضغوط التالية للصدمة (أو الكرب التالي للرضح. منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩. ص ١٥٧):

١- اضطرابات الرهاب Phobic Disorders

وتشمل اضطرابات الرهاب أو الخواف: الرهاب الاجتماعي social Phobia، ورهاب الأماكن المفتوحة أو رهاب الساحة Agoraphobia (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص١٤٥)، ولكن ما يعنينا منها في هذا المقام هو الرهاب البسيط Simple Phobia أو ما أصبح اسمه الرهابات النوعية Specific Phobias: لأن ما يصاحب هذا الاضطراب من سلوك تجنبي يشبه السلوك التجنبي لمرضى الوسواس القهري، كما أن الموضوع الذي يتعلق به الخوف الرهابي في مرضى الرهاب النوعي يكون في كثير من الأحيان مشابها لموضوع المخاوف الوسواسية في مرضى الوسواس القهري، فمثلا الخوف من الإصابة بالعدوى أو من التلوث يمكن أن يكون موضوعا لكلا الاضطرابين، وكل ذلك يجعل التفريق صعبا في كثير من الأحيان. ولكن ثلاث نقاط يمكن أن تساعد الطبيب النفسي في ذلك:

- عادة ما يكون مرضى الرهاب أكثر خوفا من مواجهة الشيء الذي يخافونه مقارنة بمرضى الوسواس القهري، الذين يهتمون أكثر بما سيضطرون إلى ممارسته من طقوس قهرية إذا حدثت المواجهة مع موضوع خوفهم، أي أنهم معنيون بما سيترتب على ذلك من مجهود سيرغمون عليه.
- عادة ما تكون مخاوف مرضى الرهاب أقل تعقيدا من مخاوف مرضى الوسواس القهري: فمخاوف مرضى الرهاب محددة وموجهة إلى شيء بعينه (مثلا الخوف من أن يغشى على الواحد إذا رأى فأرا أو إذا سحب منه بعض الدم!)، أما مرضى الوسواس القهري فيميلون إلى تعقيد المخاوف وينشغلون مثلا بأن طرقا لا يمكن إحصاؤها يمكن أن تسبب لهم الأذى إذا تعرضوا إلى الشيء الذي يخافونه: وهم معنيون أكثر بعدم التحقق أو عدم الإتمام.

- ويضاف إلى ذلك أن القلق الذي يبديه مرضى الرهاب أكثر ـ في معظم الأحوال ـ من قلق مرضى الوسواس القهري عندما يتعرضون للشيء الذي يخافون منه، وربما كان ذلك لأن مريض الرهاب لا يكون أمامه سوى الهرب، وهو واحد من السلوكيات المرتبطة بالخوف والقلق، بينما مريض الوسواس القهري لديه خيار آخر وهو الطقوس التي سيفعلها ليقلل من إحساسه بالخطر.

٢- اضطراب الضغوط التالية للصدمة (الكرب التالي للرضح) Post Traumatic Stress Disorder:

ومن بين اضطرابات القلق (حسب التصنيف الأمريكي واضطرابات الكرب حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية للأمراض النفسية) التي تتداخل في أحيان كثيرة مع اضطراب الوسواس القهري، ما يسمى باضطراب الضغوط التالية للصدمة Post Traumatic Stress Disorder (أو الاضطراب الكربي التالي للرضح (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص ١٥٧)، وهو اضطراب يصيب من يتعرضون لأحداث مأساوية تفوق الحدود العادية للكرب في الخبرة البشرية.

ويتميز هذا الاضطراب بنوبات متكررة من اجترار الرضح Trauma «الحدث المأساوي» من خلال ذكريات اقتحامية أو رجائع زمنية Flashbacks، ومن الممكن أيضا أن تكون هناك أفكار اقتحامية تعذب المريض. وهناك كذلك الأحلام والكوابيس التي تحدث على خلفية شعورية مستمرة من الإحساس بالتنمل (أو التنميل) والتبلد الانفعالي، والانفصال عن الآخرين. المهم أن مربط الفرس هنا هو كون الذكريات أو الرجائع الزمنية اقتحامية بالشكل الذي يجعلها تشبه التخيلات والصور الاقتحامية التي يعاني منها مريض اضطراب الوسواس القهري (Lipinski and Pope, 1994) و& Amaya-Jackson (March ,1995) . وكون وجود سمات الشخصية القسرية أحد العوامل المهيئة لحدوث هذا الاضطراب، ولكن وجود حادثة الرضح هو ما يميز حالة اضطراب الكرب التالي للرضح (Asarnow et al., 1999).

وأما السلوك التجنبي الذي يسلكه الكثيرون من مرضى الاضطراب الكربي التالي للرضح فإنه يجعل الصورة مشابهة لمرضى المخاوف الوسواسية القهرية، وكثير من هؤلاء المرضى باضطراب الكرب التالي للرضح ينفقون جهدا عظيما في سبيل تجنب التعرض للمشعرات Cues (أو المثيرات) التي تذكرهم بما حدث (أي التي تذكرهم بالرضح أو الحدث المأساوي الذي تسبب تعرضهم له في حدوث الاضطراب)، ويتصرفون في كثير من الأحيان بالشكل نفسه تقريبا الذي يتصرف به أصحاب المخاوف القهرية. وأما هذه المشعرات فإنها في بعض الأحيان تكون مرتبطة بالرضح فقط من بعيد، وأحيانا بصورة رمزية فقط، أي أن المرضى يعممونها إلى حد بعيد (Asarnow et al., 1999)، مما يذكرنا بعدم اشتراط الرابطة المنطقية بين ما يتجنبه مريض المخاوف القهرية وبين ما هو خائف منه.

ثانيا: علاقة اضطراب الوسواس القهري باضطرابات نفسية أخرى

(١) علاقة اضطراب الوسواس القهري باضطرابات القلق

كان تصنيف الأمراض النفسية حتى عام ١٩٨٠ (عندما صدر التصنيف الأمريكي الثالث) يفصل بين ما هي اضطرابات عصابية توضع تحت عباءة العصاب، وما هي اضطرابات ذهانية توضع تحت عباءة الذهان، والعصاب قسم كبير كان يشتمل على عصاب القلق بأنواعه: الحاد والمزمن وعصاب الوسواس القهري وعصاب الوهن النفسي Neurasthenia وعصاب الرهاب بأنواعه، وكان المريض يوصف بأنه عصابي، بمعنى أن من الممكن أن تظهر عليه أعراض عصاب آخر دون أن يكون هناك ما يستدعي استغراب الطبيب النفسي؛ وكان عصاب الوسواس القهري يحير الأطباء النفسيين أين يضعونه؟ فمرضى الوسواس القهري مختلفون بعضهم عن بعض: فبعضهم تكون أعراضه أخف، وبعضهم أشد، وبعضهم يقاوم الأعراض، وبعضهم يستسلم لها، وبعضهم يرفضها بمنطقه، وبعضهم يقتنع بها جزئيا أو كليا، ولذلك كان الطبيب النفسي يجد معظم حالات اضطراب الوسواس القهري واقعة تحت عباءة العصاب، وقليل منها داخل ناحية الذهان، وغالبا ما يشخصه فصاما، وكان بعض الأطباء النفسيين منذ ذلك الوقت يقترحون وضع اضطراب الوسواس القهري كاضطراب قائم بذاته، أو كمنطقة بين العصاب والذهان.

المهم أن عباءة العصاب كانت أوسع بكثير من أن تضيق على اضطراب الوسواس القهري أو غيره من الاضطرابات العصابية. لكن الأمريكيين عندما وضعوا تصنيفهم الثالث للأمراض النفسية DSM-III خلعوا هذه العباءة تماما وألبسوا الاضطرابات التي كانت داخلها عباءة سموها اضطرابات القلق Anxiety Disorders، ولم يكن ذلك مقبولا لكثير من الأطباء النفسيين على مستوى العالم، ولهذا السبب حوفظ على عباءة العصاب القديمة ونقلت من التقسيم العالمي التاسع ICD-9 (WHO,1978) وما قبله بالطبع إلى التقسيم العالمي الأخير ICD-10 الذي رعته منظمة الصحة العالمية WHO عام ١٩٩٢، على رغم تغيير اسمها فيه (WHO,1992) إلى (الاضطرابات العصابية والاضطرابات المرتبطة بالكرب والاضطرابات الجسدية الشكل Neurotic, Stress Related and Somatoform Disorders) بدلا من العصابات.

إلا أن ما فعله الأمريكيون كان حافزا بالطبع للقيام بأبحاث تثبت مقابل أبحاث تنفي، إلى أن يصل الناس إلى المفهوم الأصح من خلال إجابة السؤال العلمي الصعب التالي: هل هناك علاقة بين الاضطرابات التي قسمها الأمريكان تحت عباءة اضطرابات القلق غير القلق؟ وسبب أهمية هذا السؤال هو أنه على رغم كون القلق جزءا لا يتجزأ من معاناة كل مريض باضطراب الوسواس القهري إلا أن القلق جزء لا يتجزأ كذلك من معاناة مريض اضطراب الفصام ومريض اضطراب الاكتئاب الجسيم. وأستطيع أن أعد كل الاضطرابات النفسية هنا. ولكنه القلق كأعراض مصاحبة للاضطراب وليس كاضطراب قائم بذاته. ومعنى ذلك هو أن اضطراب الوسواس القهري هو الذي يشمل القلق داخل حدوده وليس العكس! أي ليس القلق هو الذي يشمل اضطراب الوسواس القهري كما يرى الأمريكيون.

لذلك كان معنى السؤال العلمي هو: هل هناك نقاط التقاء أخرى غير القلق بين الوسواس القهري واضطرابات القلق الأخرى؟ مثلا هل هناك تشابه في الأسباب المرضية، أو في الاستجابة لطرق العلاج المختلفة. ومن بينها الاستجابة للمموهات (أو للعقاقير الزائفة) Placebo Response، وهي أقراص تشبه أقراص الدواء الذي تقيم الدراسة المعينة تأثيره لكنها تحتوى على مادة خاملة بحيث يستطاع الفصل ما بين احتمالين: أحدهما هو التأثير الكيميائي الدوائي للعقار المراد تقييمه. والثاني هو التأثير النفسي لتناول المريض أقراص دواء. لأن هناك في جميع بني آدم ما يشير إلى وجود مثل هذا التأثير إلى الحد الذي يبدو غريبا في نظر الكثيرين حتى من الأطباء، وفي مجالات يظنها الناس عادة لا وجود للتأثير النفسي فيها. فمثلا في حالة التهاب الحلق أو العدوى التي تعالج بالمضادات الحيوية أيا كان نوعها تصل نسبة استجابة المرضى للمموهات ما يقارب الخمسين في المائة. ويعتبر المضاد الحيوي ممتازا بل ساحقا ماحقا إذا كانت نسبة الاستجابة له أعلى من الاستجابة للمرضيات الخاملة بعشرة أو عشرين في المائة! فإذا قارنا استجابة مريض أي اضطراب من اضطرابات القلق المختلفة باستجابة مريض اضطراب الوسواس القهري، لوجدنا مرضى الوسواس القهري لا يستجيبون للعقاقير الزائفة. بينما تصل نسبة الاستجابة لها إلى ما بين ٢٠٪ و٥٠ ٪ في اضطرابات القلق الأخرى: يضاف أيضا إلى ذلك أن مضادات القلق لا تفيد

في علاج اضطراب الوسواس القهري، اللهم إلا أنها تقلل من الضغط النفسي الذي يعانيه المريض قليلا، أي أنها تهدئه فقط! كما أن هناك دراسات أخرى تقارن بين توقيت الاستجابة للعلاج الدوائي ومسار هذه الاستجابة بين الوسواس القهري وبين اضطرابات القلق المختلفة.

والحقيقة التي تدعمها الممارسة العملية للطب النفسي هي ما تشير إليه نتائج هذه النوعية من الدراسات(De Veaugh-Geiss et al.,1989) و(Goodman et al., 1989) و(Montgomery et al., 1990)، وهي التي تثبت في الأذهان وجود اختلاف لا اتفاق بين اضطراب الوسواس القهري وما جمعه الأمريكان تحت عباءة اضطرابات القلق. بل إن هناك اختلافا في مدى الانتشار المقارن بين الرجال والنساء في كل اضطرابات القلق ما عدا الوسواس القهري، فكل اضطرابات القلق تحدث أكثر في النساء، بينما اضطراب الوسواس القهري يصيب الرجال والنساء بنسب متساوية. وكذلك تبين متابعة المريض بالوسواس القهري على مدى السنين أن هناك ثباتا لنوعية اضطرابه، فهو دائما اضطراب وسواس قهري. وهذا مختلف في معظم الحالات عما تبينه المتابعة لمرضى اضطرابات القلق الأخرى كنوبات الهلع أو الرهاب الاجتماعي أو رهاب الأماكن المفتوحة (رهاب الساحة)، فهؤلاء المرضى تتغير أعراض اضطراباتهم بحيث تسمح مرة بتشخيص اضطراب القلق المتعمم، ومرة بنوبات الهلع، ومرة برهاب الساحة. وهكذا يتغير التشخيص بمرور الوقت.

وفي الوقت نفسه الذي أجريت فيه هذه الدراسات تتابعت دراسات أخرى (De Veaugh-Geiss et al.,1989) و(Goodman et al., 1989) و(Montgomery et al., 1990) تبحث عن تشابه بين اضطراب الوسواس القهري وبين اضطرابات أخرى منها ما كان زميله تحت عباءة العصاب، ومنها ما لم يكن معروفا تماما أيام العصاب التي أراد لها الأمريكيون أن تنتهي. وبناء على ذلك فإن احتواء اضطراب الوسواس القهري داخل حدود اضطرابات القلق أصبح بمنزلة الوضع المؤقت. وأصبحت الرؤى الجديدة في الطب النفسي تفتح المجال لمفهوم يضم قائمة اضطرابات عديدة، بعضها قديم وبعضها موصوف حديثا تحت عباءة ستسمى - ربما - في التصنيفات المقبلة «اضطرابات نطاق الوسواس القهري Obsessive Compulsive Spectrum Disorders»، وهذه المجموعة من

الاضطرابات أصبحت تزيد يوما بعد يوم، وتزيد قدرة الأطباء النفسيين على فهمها وتقسيمها وبيان الفروق بينها، إلى الحد الذي جعلها جديرة بدراسات منفصلة أدعو الله أن يعينني على القيام بها.

(٢) علاقة اضطراب الوسواس القهري باضطراب الاكتئاب

تظهر أعراض الاكتئاب في كثير من مرضى اضطراب الوسواس القهري. وربما تبدو هذه الأعراض في بعض الحالات كرد فعل مفهوم لأعراض الوسواس القهري، لكنها ليست دائما كذلك: فهناك من مرضى اضطراب الوسواس القهري من يعانون فترات اعتلال مزاجي كالاكتئاب يبدو حدوثها مستقلا عن أعراض الوسواس القهري، لأنه لا يرتبط بفترات زيادة الأعراض القهرية: وهكذا لا نستطيع في مثل هذه الحالات أن نرجع سبب أعراض الاكتئاب إلى رد فعل المريض على أعراضه القهرية. ويثور التساؤل حول ماهية هذه الأعراض الاكتئابية: هل هي جزء من اضطراب الوسواس القهري، أم هي أعراض اضطراب اكتئاب جسيم قائم بذاته في نفس المريض باضطراب الوسواس القهري؟ وجدير بالذكر هنا أن أول من نبه إلى وجود علاقة بين الوسواس القهري والاكتئاب كان حجة الطب الإسلامي أبو بكر الرازي (٨٥٤ -٩٣٢ م) في القرن التاسع/العاشر، كما أطلق الرازي على اضطراب الاكتئاب الجسيم اسم الوسواس السوداوي، وهو بذلك سبق كل الغرب في الانتباه إلى هذه العلاقة (Youssef,1994).

ومن الملاحظات التي تشير إلى وجود علاقة بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الاكتئاب الجسيم أن المسار المرضي لبعض مرضى الوسواس القهري يأخذ شكلا دوريا، بمعنى أن الأعراض تظهر وتختفي على شكل نوبات خلال حياة المريض، وهو ما يشبه مسار الاكتئاب الدوري، ومما يزيد الأمور تعقيدا أن مرضى اضطراب الاكتئاب الجسيم نفسه قد يعانون أفكارا اجترارية تسلطية، وأحيانا من اندفاعات انتحارية تشبه إلى حد كبير الاندفاعات القهرية عند مرضى اضطراب الوسواس القهري، وتصل نسبة مرضى الاكتئاب الجسيم الذين يعانون أعراضا تشبه أعراض الوسواس القهري إضافة إلى أعراض اكتئابهم إلى ٢٠٪، كما أن حوالى الثلث من مرضى اضطراب الاكتئاب تظهر في شخصيتهم قبل المرض سمات الشخصية

القسرية، وتزيد هذه النسبة على الثلث إذا حصرنا كلامنا على نوع من الاكتئاب يسمى باكتئاب سن التقاعد Involutional Depression، وهو يحدث في سن متأخرة بعض الشيء، ويتميز بوضوح الأعراض الوسواسية فيه.

وقد لاحظت في أكثر من مريضة أن نوعية الأفكار التسلطية التي تحدث في مرضى الاكتئاب الجسيم عادة ما تكون مصبوغة بصبغة اكتئاب (كأن تحس أم مثلا بأنها كتلة من الأذى وتخاف على ابنائها وزوجها من أن تتسبب في أذاهم أو عدواهم بشكل أو بآخر) وتكون أفعالها القهرية متمشية مع هذا النوع من الأفكار (كأن تخاف الأم نفسها من أن تلمس أو أن يلمسها أبناؤها لأنها كما قلت مصدر أذى وعدوى)، ومعنى ذلك أن الطبيب النفسي يجد نفسه أمام أعراض اضطرابين نفسيين في مريض واحد وفي الوقت ذاته. وفي الماضي عندما لم يكن هناك علاج لاضطراب الوسواس القهري، بينما كان هناك العديد من طرق علاج الاكتئاب، كان الاهتمام بتشخيص اضطراب يمكن علاجه يدفع الكثيرين من الأطباء النفسيين إلى إعطاء الأمل للمريض بأن الأفكار التسلطية أو الأفعال القهرية التي يعاني منها هي جزء من اضطراب الاكتئاب، وكان العلاج يوجه للاكتئاب، فإذا تحسن مزاج المريض أصبح على الأقل أقدر على مقاومة أعراضه القهرية، إن لم تختف تلك الأعراض مع تحسن اضطراب الاكتئاب، لكن اكتشاف علاج للوسواس القهري، وكذلك اكتشاف وجود فروق في اختيار الأدوية وفي طريقة استجابة الاضطراب للدواء أصبح يلزم الطبيب النفسي بتحديد تشخيصه بصورة أدق: لكي يتمكن من تحديد نوعية العقار الذي سيصفه، وليتمكن أيضا من إخبار مريضه بكيفية تغير الأعراض ونوعية مراحل التحسن التي سيمر بها.

العلاقة بين الاكتئاب والوسواس القهري قديمة كما ذكرت من قبل، ولكنها جديدة أيضا: لأن النظر إلى نوعية الأدوية التي تعالجه يجعلنا نفكر مرة أخرى في هذه العلاقة: فكل العقاقير التي تعالج اضطراب الوسواس القهري إنما هي عقاقير تعالج الاكتئاب أصلا بغض النظر عن وجود أعراض وسواس قهري أو عدم وجودها في المريض: لكن العكس غير صحيح، فليست كل العقاقير التي تعالج اضطراب الاكتئاب الجسيم تصلح في علاج اضطراب الوسواس القهري، إذ لابد من أن تكون لها مفعول زيادة الناقل العصبي السيروتونين في مشابك الالتقاء العصبي.

كما أن الاستجابة لهذا النوع من مضادات الاكتئاب تختلف من حيث توقيتها بين مريض الوسواس القهري ومريض الاكتئاب: ففي مريض الوسواس القهري تبدأ الاستجابة مبكرا فتقل الأعراض القهرية وفي الوقت نفسه تقل الأعراض الاكتئابية المصاحبة لها: بينما تتأخر استجابة أعراض الاكتئاب إلى ما لا يقل عن أسبوعين في مريض اضطراب الاكتئاب الجسيم: إذن فأعراض الاكتئاب الموجودة في مريض اضطراب الوسواس القهري تتحسن بشكل سريع مقارنة بأعراض الاكتئاب في مريض اضطراب الاكتئاب الجسيم، وكل ذلك يوحي باختلاف في طبيعة الأعراض الاكتئابية المصاحبة لاضطراب الوسواس القهري عن تلك الموجودة في اضطراب الاكتئاب الجسيم: يضاف إلى ذلك أن الاستجابة للعلاج في اضطراب الاكتئاب الجسيم عادة ما تكون إما استجابة كاملة وإما لا استجابة كاملة. بينما استجابة اضطراب الوسواس القهري كثيرا ما تكون استجابة جزئية، بمعنى أن الأفكار التسلطية تصبح أقل إلحاحا وأكثر خضوعا لمقاومة المريض عنها قبل العلاج، بل إن هناك من يذهب أبعد من ذلك ليقول إن أعراض الاكتئاب المصاحبة لاضطراب الوسواس القهري لا تستجيب أحيانا لأي نوع من مضادات الاكتئاب، وإنما تستجيب فقط للعقاقير التي تعمل عملها المضاد للاكتئاب من خلال زيادتها للسيروتونين، أي الم.ا.س أو الم.ا.س.ا (Goodman, et al., 1990).

ثم إن دراسات الحجب المزدوج Double Blind Studies باستخدام العقاقير الزائفة (المموهات) لمقارنة عقار الكلوميبرامين بها قد بينت أن مرضى اضطراب الوسواس القهري مختلفون عن مرضى الاكتئاب الجسيم في أنهم:

١- لا تستجيب أعراضهم للمموهات Placebo، على رغم اعتقادهم بأنهم يتناولون دواء فعالا، وهم في ذلك مختلفون عن مرضى الاكتئاب الجسيم الذين يستجيبون بنسب تصل إلى ما يقارب الخمسين بالمائة للعقار الزائف في بعض الدراسات.

٢- إذا غير العقار النشط بعد ظهور التحسن في أعراض الوسواس القهري وأعراض الاكتئاب المصاحبة له من دون علم المريض أيضا يحدث انتكاس سريع في التحسن المبدئي، بحيث تعود أعراض الوسواس وأعراض الاكتئاب بسرعة في الظهور مرة أخرى، وهو ما يثبت فاعلية الدواء بشكل

معكوس، وهذا أيضا مختلف عما يحدث لأعراض الاكتئاب في مريض الاكتئاب الجسيم إذا تعرض للتجربة نفسها (Pato et al.,1988)، ولكي أوضح ذلك فإنني سأشرح أسلوب الدراسة المقصودة هنا:

وهي الدراسة المحكومة بالحجب المزدوج للعقار الزائف Double Blind Placebo Controlled Study، ففي هذا النوع من الدراسات يقسم المرضى إلى قسمين. يتناول قسم منهم - وليكن القسم الأول - العقار الفعال. بينما يتناول القسم الثاني عقارا زائفا (مموها) له الشكل نفسه والمواصفات نفسها. ويتم ذلك من دون علم لا من المريض ولا ممن يقوم بإعطائه الدواء (الحجب المزدوج)، فلا أحد يعرف مَن مِن المرضى يتناول عقارا نشطا ومن يتناول عقارا زائفا، وإنما يعرف ذلك من خلال أرقام كودية توجد على علب الدواء المتماثلة في كل شيء، ويكون مفتاحها مع واحد من الباحثين لا يشترك في الجزء العملي من الدراسة. وبعد مرور فترة من الوقت - تختلف حسب نوعية الدراسة - يُعكس الوضع السابق، بحيث يتناول القسم الأول من المرضى عقارا زائفا، بعد أن كان يتناول عقارا نشطا. ويتناول القسم الثاني العقار النشط بعد أن كان يتناول عقارا زائفا، ويتم ذلك أيضا من دون علم لا من المريض ولا ممن يقوم بإعطائه الدواء. وهكذا يمكن إثبات فاعلية الدواء، مع استبعاد أن يكون التأثير راجعا للإيحاء، ويتم كذلك إثبات أن بقاء التحسن الذي يطرأ على المريض إنما يعتمد على استمراره في تناول الدواء، والذي حدث مع مرضى الوسواس القهري أن أعراضهم القهرية وأعراضهم الاكتئابية تحسنت بشكل ملحوظ وسريع مع استخدامهم للعقار النشط، ثم عادت للظهور مرة أخرى بسرعة عندما نقلوا إلى العقار الزائف برغم عدم علمهم بذلك.

أعود بعد ذلك إلى مناقشة ما يحدث خلال الممارسة العملية للطب النفسي، لأنه أيا كانت طبيعة الأعراض الاكتئابية الموجودة في مريض الوسواس القهري فإن وجود أعراض اضطراب الوسواس في هذه الحالة يستدعي استخدام نوعية معينة من عقاقير الاكتئاب وهي التي تختص بتأثيرها على السيروتونين. ومن نعمة الله على المريض وعلى الطبيب النفسي أنها تعالج الاكتئاب سواء كانت معه أعراض وسواس قهري أو لم تكن، وهي في ذلك مختلفة عن مضادات الاكتئاب الأخرى التي ربما تؤثر في كل الناقلات العصبية بشكل متساو أو على ناقل عصبي آخر غير السيروتونين. فكلها تعالج اضطراب الاكتئاب بنجاح، لكنها لا تعالج اضطراب الوسواس القهري.

(٣) علاقة اضطراب الوسواس القهري باضطراب الفصام:

تعتبر العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الفصام من أكثر النقاط التي تثير الجدل في الطب النفسي، فعلى رغم أن دراسات جرت فيها متابعة مرضى اضطراب الوسواس القهري ولم تثبت حدوث تحول من الوسواس القهري إلى الفصام (Kringlen ,1965)، أشارت دراسات أخرى (Stengel ,1945) و(Robinson et al., 1976) إلى تحول بعض المرضى من الوسواس القهري إلى الفصام. يضاف إلى ذلك الكثير من الملاحظات العملية التي تظهر فيها أعراض الوسواس القهري في مريض باضطراب الفصام في وقت ما في أثناء مسار اضطرابه، وربما يكون توقيتها في بداية المرض، أي قبل تشخيص الفصام (ولعل هذا هو السبب في المفهوم القديم الذي كان يرى أن أعراض الوسواس القهري تمثل حماية للمريض من الدخول في الفصام). إلا أنه في حالات أخرى من مرضى الفصام تظهر الأعراض القهرية في وقت متأخر من المرض، وأما نسبة وجود أعراض الوسواس القهري في مرضى اضطراب الفصام فكانت من ١٪- ٣,٥ ٪ في الدراسات الأقدم (Jahrreiss ,1926) و(Rosen,1957). وأما في الدراسات الحديثة (Zaharovits,1990) فتصل نسبة وجود أعراض الوسواس القهري في مرضى اضطراب الفصام إلى ١٥٪، وهي نسبة لا يستهان بها، ولا أحد يدري هل ترجع هذه الزيادة في النسبة إلى زيادة وعي الناس بأعراض الوسواس القهري، فأصبحوا يذكرونها للطبيب النفسي، بعد أن كانوا لا يذكرونها؟ أم أن هذه الزيادة تعني ـ مرة أخرى ـ وجود علاقة ما بين الاضطرابين؟ ولعل في سرد تاريخ الحالتين التاليتين ما يوضح ما يقابله الطبيب النفسي من تصاحب مرضي بين اضطراب الفصام واضطراب الوسواس القهري:

(١٧) «المفتاح والقميص والتحقق!»

كان ممدوح (وهذا ليس اسمه الحقيقي) رجلا في الثالثة والأربعين من عمره يعمل في تجارة الأدوات الصحية، وكان واضح التردد والشك من قبل حتى دخوله إلى الطبيب النفسي، فقد اتصل بعيادة الطبيب ليأخذ موعدا أكثر من ست مرات! وعندما وصل دخل العيادة وخرج منها أكثر من مرة،

وحين دخل أخيرا إلى الطبيب النفسي كانت شكواه: «أنا إنسان متردد أو شكاك، لست أدري. ولعلني الاثنان معا، مشكلتي يا دكتور هي الوسواس، ذلك المرض اللعين الذي يرافقني منذ ما يزيد على العشرين عاما، يتركني فترة ويرتد علي فترات. وهو باختصار يا دكتور تكرير الأشياء بشكل لا معنى له. فمثلا إذا أغلقت القفل الموضوع على باب المحل الذي أمتلكه أغلقه كما يغلقه الناس جميعا بالطريقة نفسها، لكنني أقوم بشده إلى أعلى بعد غلقه لأتأكد من أنه مغلق ثم أشده مرة إلى أسفل ثم إلى أعلى، وأنا أعرف أنه مغلق وأعرف أنني أغلقته، وأنني تأكدت من ذلك. لكنني لو لم أقم بذلك حتى أطمئن أعود بعد أن أمشي عدة خطوات من المحل لأفعل الشيء نفسه مرة أخرى. تخيل أنني في بعض الأحيان أعيد فتحه لكي أغلقه من جديد مع أنني أفتحه بالمفتاح ومعنى أنني أفتحه بالمفتاح هوأنه مغلق أصلا، وأنا أفتحه لأغلقه، فهل من معنى لذلك؟ إنني أخفيت مرضي عن الناس كثيرا، ولكن الواضح أنهم يعرفون وإن لم يكلمني أحد في ذلك! وخذ مثلا آخر، فكل الناس يشترون القمصان الجديدة، وأنا اشتريت منذ أسبوعين قميصا جديدا قماشته من نوع مختلف عما عهدته من قبل، ولكنه واضح الفخامة وسعره مرتفع. المهم أنني لسوء حظي قرأت الكلام المكتوب على أقصوصة تتدلى داخل الياقة بجوار رقم المقاس والموديل مكتوب عليها «يغسل قبل ارتدائه» فهل هذا غريب؟ هل هناك شيء غريب يا دكتور؟ بالنسبة إلي أنا كان هناك بالطبع شيء عجيب ألا وهو السؤال: هل يغسل قبل ارتدائه أول مرة فقط أي لأنه جديد أم يغسل قبل ارتدائه كل مرة؟ هل يمكن أن يخطر مثل هذا السؤال على بال أحد؟ إنه أنا لقد ظللت ليالي ثلاثا حائرا أحاول الإجابة عن هذا السؤال!! ثم إنني أعد النقود التي في حافظتي والتي في جيبي والتي في درج مكتبي كل يوم عشرين مرة على الأقل. الحقيقة يا دكتور أنك أول طبيب نفسي أعرض نفسي عليه منذ زمان طويل. فقد قاطعت الأطباء النفسيين منذ ما يزيد على عشر سنوات. وقد أصبحت أعرف علاجي. ألا يكفي أنني دخلت المستشفى النفسي ثلاث مرات إحداهن. وهي الأولى، كانت في أحد البلدان الخليجية، وعرفت بعد طول العذاب كيف يكون العلاج. وأصبحت أواظب على أقل جرعة تحافظ علي من الدواء، لكن الوساوس تهاجمني من فترة لأخرى. ولا يبدو أن العلاج يفيد فيها أصلا. وحتى الأطباء الذين

عرضت نفسي عليهم أو عرضت عليهم من قبل لم يعالجوا الوسواس بل إن آكبرهم نصحني بألا آعالجه ولا أدري لماذا؟». وهنا سأله الطبيب: وما أسباب دخولك إلى مستشفى الأمراض النفسية، أنا أعدك أن أساعدك على التخلص من وساوسك تلك إن وفقني الله، ولكنني آريدك آن تحكي لي حكاية مرضك هذا من بدايتها. فقال ممدوح: «تقريبا منذ سنوات المراهقة وأنا آكرر بعض الأفعال، مثلا بعد آن أسلم كراسة الإجابة بعد نهاية الامتحان، علما بأنني تأكدت أكثر من مرة من أنني كتبت اسمي عليها أعود إلى المراقب وأطلب منه أن يسمح لي بأن أنظر على كراسة الإجابة لأتأكد من آنني لم آنس كتابة اسمي، ويطاوعني المراقب مرة ويتأكد هو الآخر معي لأنها مسؤولية عليه هو آيضا، لكنني ما إن آصل إلى بوابة اللجنة حتى أعود إليه مرة آخرى لأطلب الطلب نفسه، وهكذا كانت هناك أشياء كثيرة من هذا النوع. ولكنني بعد سفري إلى الخليج بعدما حصلت على دبلوم التجارة بسنتين حدثت بعض الضغوط علي في مكان عملي، وبدأت أسمع أصواتا وأنا وحدي تكلمني عن آشياء تتعلق بما ينوي صاحب العمل فعله معي. وكنت آصدق هذه الأصوات، كما كانت تكرر علي الأحاديث التي تدور خلال النهار، وكأنني أحمل جهاز تسجيل في رأسي يعمل من تلقاء نفسه، وكنت لا أستطيع النوم بسبب هذه الأصوات. وهكذا دخلت إلى المستشفى لأول مرة. وبعد أن عدت إلى بلدي تكرر الشيء نفسه، ولكن مع جيراني، حيث كان هناك خلاف بسبب شباك فتحته في غرفة نومي، وكان الشباك يطل على قطعة آرض لهم، لكنه لم يكن يجرحهم، ورغم ذلك حدثت مشاجرة بيننا، وبعدها قاموا بتقديم شكوى ضدي في قسم البوليس. وهكذا بدأت الأصوات تعود مرة أخرى وصدقتها آيضا، وتهورت على جاري وكانت النتيجة دخولي المستشفى مرة أخرى وهكذا، لكنني كل مرة دخلت فيها المستشفى كنت لا أشتكي من الوساوس، لأنها لا تكون موجودة آصلا، وحتى في المرة الأخيرة بعدما كنت قد لاحظت أنها تعود إلي بعد الخروج من المستشفى بفترة، رغم عدم انقطاعي عن العلاج. طلبت من طبيبي في المرة الأخيرة أن يعطيني علاجا للوساوس، لكنه رفض بشدة، لدرجة آنني خفت آن أطلب منه ذلك مرة آخرى!! آنا الآن أستعمل جرعة مخففة من العلاج الأخير، لكنني كل فترة تعاودني الوساوس، فهل يمكن علاجها لأن أكبر آبنائي بدأ ينتقدني، وقد شعرت بالخجل الشديد لذلك».

من الواضح في هذه الحالة تداخل أعراض الفصام مع أعراض الوسواس القهري. وكذلك هذا النوع من التبادل بين الأعراض من حيث توقيت ظهورها فتكون البداية أعراض اضطراب الوسواس القهري ثم تظهر أعراض اضطراب الفصام التي لا جدال فيها من هلاوس سمعية وضلالات، وتختفي الأعراض القهرية في أثناء وجود الأعراض الذهانية ثم تعاود الظهور بعد ذلك.

(١٨) «صليت العشاء؟ هل صليت العشاء؟!»

أما عبد الفتاح (وهذا ليس اسمه الحقيقي) فوصل إلى الطبيب النفسي (إسلام شاهين، ٢٠٠٢) بعد سنتين من المعاناة التي كان يشاركه فيها أهله وأصدقاؤه وجيرانه، فقد بدأت حالته وهو في سن الثامنة عشرة على شكل تكرار للجمل التي يقولها كنوع من التأكيد. فكان يقول لأخيه مثلا إنه صلى العشاء قبل أن يدخل سريره للنوم، وما إن يدخل غرفة نومه حتى يعود إلى الصالة ليقول لأخيه إنه صلى العشاء قبل أن يدخل سريره للنوم، ثم يدخل على أمه في غرفتها ليخبرها بأنه صلى العشاء قبل أن يدخل سريره للنوم، ثم يتصل بصديقه المقرب وابن خالته في الوقت نفسه ليخبره أنه صلى العشاء قبل أن يدخل سريره للنوم؛ وكان يكتب في دفتر يضعه بجوار سرير نومه بعد ذلك أنه صلى العشاء قبل أن يدخل سريره للنوم، ثم يدخل سريره بعد ذلك ويرحمه الله بالنوم، وكان تفسير أهله لذلك أنه لا يثق بنفسه، وأنه لابد سيتغلب على هذه الأفعال التي لا معنى لها ولم يكن أحد من أهله يناقشه كثيرا في ذلك، كما أنهم لاحظوا أن ردودا معينة إذا قالوها له ردا على إخباره لهم بأنه صلى العشاء قبل أن يدخل سريره للنوم، مثل نعم لقد رأيناك أو سمعناك، أو مثل ما تفعل كل يوم يا ممدوح أنت تطلبنا بعد أن تصلي مثلما اتفقنا معك إذن فأنت صليت، هذه الإجابات كانت تريحه وبالفعل يدخل لينام بعدها: أما إذا حدث غير ذلك وعبر المحيطون به عن مشاعرهم الحقيقية مثل: لقد مللنا منك، أو الله يكون في عونك، أو يا بني إلى متى تظل تشك بنفسك؟ فإن النتيجة تكون وخيمة، فكان يظل يبكي ويعيد القول بأنه صلى العشاء قبل أن يدخل سريره للنوم والله، وكان يريد منهم فقط أن يطمئنوه ولكنهم زادوه عذابا على عذابه. أما هو فكان يحاول أن يقاوم، ولكنه لم يكن يستطيع أن يقاوم لأن الرغبة في التحقق كانت أقوى من كل قوة داخله. أما ما

كان يحسه الطبيب النفسي في أثناء حكاية عبد الفتاح لقصته تلك فكان أن عبد الفتاح يحكي حكاية شخص آخر. وكانت مشاعره هو أي مشاعر عبد الفتاح الذي يحكي متعادلة تجاه عبد الفتاح صاحب المشكلة! أو كأن الأفعال التي يفعلها ليست سخيفة من وجهة نظره، على رغم أنه يصفها بأنها أفعال لا معنى لها، ولذلك حاول مقاومتها ولكنه لم يفلح!! واستمرت حالته بهذا الشكل سنة ونصف السنة. وأما محاولاته للعلاج التي بدأت بعد ذلك فكانت، كما اتضح من التذاكر الطبية التي كانت معه:

١- استخدم معه أحد أنواع الم.ا.س.ا SSRI لفترة طويلة ولجرعة مناسبة بلا تحسن يذكر.

٢- استخدم معه واحدا من مضادات الذهان التقليدية أي التي تعمل على الدوبامين (وأقترح استخدام «م.د» كاختصار عربي لمضادات الدوبامين) لفترة مناسبة ولكن بجرعة صغيرة من دون أي تحسن يذكر.

٣- قام أحد الأطباء باستخدام الصدمات الكهربية حتى وصل عدد الجلسات إلى اثنتي عشرة جلسة من دون فائدة تذكر.

٤- وفق الله أحد الأطباء النفسيين إلى وصف عقار الكلوزابين، وهو واحد من مضادات الذهان الجديدة «م. س.د»، وعلى جرعة تساوي ثلث الجرعة المعهودة كبداية للعلاج في اضطراب الفصام، ولحسن الحظ تحسن المريض بشكل ملحوظ، وإلى حد أنه اعتبر نفسه واعتبره أهله شفي تماما.

وبعدما تحسنت أحواله بالفعل وبشره الجميع بالشفاء قاطع عبد الفتاح الطبيب النفسي وقاطع المواظبة على تحليل الدم المطلوب منه كل شهر للتأكد من سلامة عدد كريات الدم البيضاء، وأكمل دراسته المتوسطة وتزوج وقطع بعد زواجه العلاج: ومرت فترة طيبة في حياته، ولكنه فجأة بدأ يشك في أن زوجته ستأخذ دواء خطأ وهي حامل، وأن زملاءها في العمل يعرفون ذلك، بل يخططون له. وبدأ يسمع أصواتا تؤكد له ذلك، ولم يكن ينام إلا قليلا. ولم يكن يأكل إلا قليلا. ولكنه لم يكن يفعل أي أفعال قهرية في أثناء ذلك. وعولجت هذه الحالة بجرعات متوسطة من أدوية الذهان التقليدية «هالوبريدول» Halopridol، وتحسن بصورة كبيرة وسريعة لم يكن حتى الطبيب يتوقعها، وبعدها بمدة شهر واحد عرض عبد الفتاح على طبيب نفسي آخر لاستشارته فما كان منه إلا أن غير مضاد الذهان القديم بمضاد قديم أيضا،

ولكنه من مادة أخرى أغلى قليلا في الثمن لأنها مستوردة، فعادت الأعراض تدريجيا، على رغم أنه كان ملتزما بجرعة مناسبة من الدواء الغالي القديم. وهنا قررت الأسرة إعادة عرضه على الطبيب الذي كان قد وفقه الله وكتب له أول دواء يشفيه، وهو الكلوزابين Clozapine. وأعاده الطبيب النفسي إلى الكلوزابين مرة أخرى، ورفع الجرعة بالتدريج إلى الجرعة المعتادة في علاج اضطراب الفصام، وتحسن المريض من ناحية الوهامات والهلاوس السمعية لمدة شهر بعد اكتمال جرعة العلاج بأسبوعين، ولكن أفعاله القهرية عادت إلى الظهور بشكل منفر، مثلا كان يقول الجملة عشر مرات، ويطلب منك في كل مرة أن تظهر له اهتمامك وتصديقك لجملته التي سمعتها أنت عشر مرات، ويكرر الجزء الأخير عشر مرات. فمثلا ضرب أخوه المثل التالي لجملة يكثر من تكريرها عبد الفتاح: «قلت لك إن امرأتي حامل والجنين بخير وليس هناك ما يستدعي القلق وأنا لذلك لست قلقا».

مر المريض بعد ذلك بفترة عامين تحسنت فيها أعراض الفصام تماما، وبقيت بعض الوساوس والأفعال القهرية التي لم تكن تعيقه عن حياته، ولا تضع على المحيطين به الكثير من القيود وكان طوال هذه الفترة يواظب على عقار الكلوزابين في جرعته الفصامية، وعندما حاول الطبيب النفسي تقليل الجرعة تدريجيا لاحظ بداية رجوع أعراض اضطراب الفصام كالهلاوس والأفكار الوهامية فأعاد الجرعة إلى وضعها السابق، ومر ذلك بهدوء خلال فترة العامين. وبعدها أنقص المريض جرعة الكلوزابين بينه وبين نفسه ولم يخبر الطبيب مع بداية توسيع المدة بين الجلسات، ولذلك فوجئ الطبيب بمريضه في نوبة شديدة من أعراض اضطراب الفصام اضطر فيها إلى استعمال جرعة أعلى من الجرعة الفصامية المعتادة في عقار الكلوزابين. فتحسنت أعراض الفصام بعد ثلاثة أسابيع، لتسلم المريض مرة أخرى للأفعال القهرية بالشكل نفسه الذي اعتادت أن تحدث به كل مرة. وهنا أضاف إليه الطبيب عقارا من الماسا « SSRIs » ووصل بالجرعة إلى الحد المناسب لعلاج اضطراب الوسواس القهري. ولم يحدث أي تحسن في أفعاله القهرية، على رغم الاستمرار على هذا النظام العلاجي أربعة أشهر، وعندما أصبحت هناك معاناة من كثرة إفراز اللعاب وهو أحد الآثار الجانبية المعروفة لعقار الكلوزابين اضطر الطبيب إلى إنقاصه تدريجيا مبدلا به عقار

الريسبيردون Risperdone من أدوية الفصام الجديدة، وهو واحد من مضادات السيروتونين والدوبامين «م.س.د» مثله مثل الكلوزابين، إلا أنه لا يسبب الآثار الجانبية نفسها، ولكن الأفعال القهرية لم تتحسن، وكذلك لم تعد أعراض الفصام إلى الظهور، وظل المريض على حاله لمدة شهرين أضاف الطبيب بعدهما إلى علاجه عقار الكلوميبرامين، ومضى على ذلك شهران ولم تتغير الحالة. فما زال يعاني من تكرير الجمل التي يقولها، ولسان حاله يقول إنه يريد أن يتأكد من أنه قالها.

يظهر في هذه الحالة أيضا ذلك التبادل بين أعراض الفصام والأفعال القهرية التي تأخذ شكل تكرار الأفعال، رغبة في التحقق كما تظهر مقاومة أعراض الوسواس القهري المصاحبة لأعراض الفصام للعلاج بصورة عامة. وبعيدا عن المشاكل التشخيصية التي يواجهها الطبيب النفسي بسبب ذلك فإن ما نريد مناقشته هنا هو معنى وجود أعراض الوسواس القهري في مرضى اضطراب الفصام؟

١- هل يعني ذلك وجود علاقة سببية بين الاضطرابين بمعنى أن أحدهما يؤدي إلى الآخر، أو أن سببا واحدا يمكن أن يؤدي إلى أي منهما؟

٢- هل أعراض الوسواس القهري يمكن أن تكون جزءا من أعراض اضطراب الفصام؟

٣- هل هو مجرد تصاحب مرضي Comorbidity بمعنى وجود الاضطرابين معا في نفس الوقت؟

٤- ما تأثير وجود أعراض الوسواس القهري في مريض الفصام على المآل المرضي للفصام؟

فإذا أردنا مناقشة التساؤل الأول: فإن المفهوم الضمني الذي يناقش هو مفهوم تحول الفكرة التسلطية Obsessive Idea إلى هذاء أو فكرة وهامية Delusional Idea. والفرق الجوهري ما بين الاثنين هو أن الفكرة التسلطية يرفضها المريض ويتمنى الخلاص منها، لأنه يدرك أنها مقززة أو لا معنى لها. ولذلك هو يقاومها بكل ما أوتي من قدرة، ولكنه في النهاية مجبور عليها. أما الفكرة الوهامية فهي على العكس فكرة يؤمن بها المريض ويراها الحقيقة بعينها ويريد من الآخرين تصديقها. فإذا أردنا أن نتفهم طبيعة ذلك التحول وكيفية حدوثه فإن تأمل الحالات التي يحدث فيها ذلك يشير إلى وجود ما

يسبب كربا أو ضغطا نفسيا شديدا في حياة المريض باضطراب الوسواس القهري، ثم يلي ذلك تحول الفكرة التسلطية عنده إلى فكرة وهامية. فمثلا نجد المريض الذي يعاني من أفكار التلوث التسلطية وقد فصل من عمله بسبب عدم قدرته على التوافق مع مقتضيات العمل فتحولت الفكرة التسلطية إلى فكرة وهامية مؤداها أنه عوقب بسبب تسببه في نشر التلوث مثلا. أو إلى فكرة وهامية مؤداها أنه مذنب إلى الحد الذي لا يمكن أن يغفره الله عز وجل، لأنه تسبب في نشر التلوث. ومعنى ذلك أن ما حدث هو رد فعل ذهاني في مريض باضطراب الوسواس القهري، والمهم أن الأمر يظل في معظم هذه الحالات، إن لم يكن كلها، أمرا عابرا وغير متبوع بظهور أعراض الفصام. وأما التحول الذي يقف الطبيب النفسي أمامه حائرا فهو تحول من نوع آخر يحدث عندما يبدو المريض باضطراب الوسواس القهري مقتنعا بتفاهة الفكرة أو عدم صحتها، ولكنه لم يعد يستطيع مقاومتها أو مقاومة الأفعال القهرية الناتجة عنها، أو أن يتحول من الرفض وعدم الاقتناع إلى الاقتناع، ولو جزئيا بالفكرة، فقد رأيت من المرضى من يستسلمون تماما لأفكارهم التسلطية المتعلقة بالتلوث أو أفعالهم القهرية المتعلقة بالنظافة، ليس لأنهم يعجزون عن مقاومتها، ولكن لأنهم أصبحوا مقتنعين بأن هذا هو ما يجب على كل الناس فعله. والأفكار والأفعال المرضية في هذه الحالات غالبا ما تأخذ مسارا مزمنا ولا تكون مرتبطة زمنيا بحدث حياتي سبب الكرب للمريض. فهل يمثل هؤلاء المرضى نوعا مختلفا من اضطراب الوسواس القهري، أم هم أقرب إلى اضطراب الفصام؟.

والإجابة عن هذا التساؤل لا يمكن أن تكون بسيطة ولا سهلة. ولعل أفضل طريقة للإجابة هي تخيل نطاق يمثل بخط مستقيم نضع في أحد طرفيه أولئك المرضى باضطراب الوسواس القهري الذين ينطبق عليهم التعريف التقليدي للفكرة التسلطية والأعراض القهرية بمعنى أنهم مقتنعون بعدم صحة أو لا معقولية أفكارهم أو أفعالهم القهرية. وهم بالتالي يقاومونها، بينما نضع في الطرف الآخر من الخط أولئك المرضى باضطراب الوسواس القهري الذين لا ينطبق عليهم التعريف التقليدي. فهم مقتنعون بصحة أفكارهم التسلطية وأفعالهم القهرية، وهم بالتالي لا يقاومونها، وما بين طرفي الخط المستقيم نستطيع أن نضع الكثير من المرضى. بعضهم يشك

مثلا في إمكان أن تكون الفكرة التسلطية صحيحة، وبعضهم لا يحاول مقاومتها، على رغم أنه يراها غير صحيحة، بمعنى أن هناك عدم توافق ما بين رأيه على المستوى المعرفي وما بين أفعاله على المستوى السلوكي، وهكذا يكون هناك من هم أقرب إلى الشكل التقليدي لاضطراب الوسواس القهري، ويكون هناك من هم أقرب إلى الشكل القريب من الذهان أو الشكل غير التقليدي لاضطراب الوسواس القهري، لكن كل ذلك لا يعني اضطراب الفصام، لأن الفصام لا يشخص بناء على وجود الفكرة الضلالية وحدها ولا حتى وجود تدهور في حياة المريض فقط. لأن المريض الذي يستسلم للأفعال القهرية بالطبع تتدهور حياته بشكل ربما أكبر بكثير من التدهور الذي يحدث في حالات الفصام. بل إن هناك من مرضى اضطراب الوسواس القهري من يصف للطبيب النفسي أفكاره التسلطية وكأنها أصوات يسمعها داخل رأسه، فيكون ذلك بمثابة الفخ الذي يقع فيه الطبيب النفسي، لكن التأمل في كلمات المريض وتحليلها عادة ما يبين أن العرض مرتبط بالوساوس ومشابه للأفكار أو لعملية التفكير نفسها وعادة ما لا يكون صوتا بمعنى الصوت.

إذن فنحن في إجابتنا عن التساؤل الأول، وهو هل يؤدي اضطراب الوسواس القهري إلى الفصام؟ نستطيع أن نقول لا، لأن مريض الوسواس القهري، حتى لو لم يأخذ الشكل التقليدي للوسواس القهري، وحتى لو وصلت أعراضه المعرفية إلى حدود الذهان، يظل مختلفا عن مريض الفصام، ونعزز ذلك الرأي بأن محاولات علاج هذه الحالات التي يسميها البعض (Straus E. W. 1948) و(Weiss et al.,1969) و (Robinson, 1976) و(Weiss et al.,1975) و(Solyom et al.,1985) «ذهان الوسواس القهري» بمضادات الذهان وحدها لا تفلح، بينما يستفيد الكثيرون من الأدوية التي تزيد السيروتونين، وربما تتحسن استجابة بعضهم بإضافة مضادات الذهان بجرعات أقل من تلك التي تستخدم عادة لعلاج الذهان، ولكن الذي لا خلاف في تأثيره الجيد هو عقاقير الوسواس القهري.

وأما التساؤل الثاني، وهو هل يمكن أن تكون أعراض الوسواس القهري جزءا من أعراض الفصام؟ والتساؤل الثالث حول إمكان التصاحب المرضي بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الفصام؟ فإن محاولة الإجابة عنهما تعيد إلى الذهن المفهوم القديم الجديد الذي تعلمناه عن اضطراب

الفصام، وهو أن المريض بالفصام يمكن أن تظهر عليه كل أعراض الاضطرابات النفسية خلال مساره المرضي، ومعنى ذلك أن أعراض الوسواس القهري ليست استثناء، كما تعود إلى الذهن حالات عديدة كان أول لجوئهم إلى الطبيب النفسي بسبب أعراض قهرية مثل الغسل المتكرر، ومثل تكرار دخول الباب والخروج منه، وغير ذلك من الأعراض، ثم يتطور الأمر بعد ذلك بحيث يكون تشخيص اضطراب الفصام أمرا لابد منه. وفي بعض الحالات تفيد مراجعة الطبيب النفسي لذاكرته عن أعراض ذلك المريض القهرية في تذكيره بما يشير إلى عدم مطابقتها لأعراض الوسواس القهري، فربما لم يصفها المريض بالشكل نفسه الذي يصف به مريض الوسواس القهري أعراضه، وربما بدت الوساوس أو الأفعال القهرية شاذة بعض الشيء! ولكن ذلك لا يصدق في كل مرة فهناك حالات تكون فيها أعراض كل من الاضطرابين أعراضا تقليدية لا يحار فيها الطبيب النفسي: فهل يعني ذلك أن بعض حالات الفصام تظهر فيها أعراض الوسواس القهري كجزء من أعراض الفصام: وبعضها تظهر أعراض الوسواس القهري كاضطراب قائم بذاته، ولكنه مصاحب للفصام؟ يبدو أن هذه هي الحقيقة، ولعل ما يساعد في التفريق بين الحالين هو تقييم شدة ومدة بقاء الأعراض القهرية. فهناك أعراض قهرية عابرة يمكن أن تحدث لكل إنسان سواء كان مريضا بالفصام أو لم يكن، ولكنها لا تصل إلى الشدة التي تجعل تشخيص حالته اضطراب وسواس قهري ممكنا، كما أن متابعة المريض خلال فترة طويلة من الزمن بحيث يستطيع الطبيب النفسي تقرير ما إذا كانت الأعراض القهرية عابرة أو متكررة وهكذا.

والواقع أن أسلوب التشخيص اختلف إلى حد كبير بعد التقسيمات الأمريكية الوصفية التي تلاحقت في السنوات الأخيرة مما أثر إلى حد كبير على الطريقة التي يفكر بها الأطباء النفسيون في العالم كله فلم يعد الطبيب النفسي معنيا بمثل هذا التساؤل، كما كان من قبل، وذلك لأن التفكير في أسباب حدوث الاضطراب لم يعد له دور في التشخيص إلا قليلا. وذلك مختلف عما تربى عليه معظم الأطباء النفسيين الذين بدأوا تعلمهم للطب النفسي في السبعينيات وأوائل الثمانينيات، أي قبل ظهور التقسيم الأمريكي الثالث: فقد كان التساؤل عن كيفية حدوث المرض يجعل كل طبيب نفسي

يستخدم معطيات النظرية النفسية التي يميل إليها أو يؤمن بها. وكانت تسميتهم للأمراض النفسية تختلف تبعا لذلك، وهو ما دفع الأمريكيين إلى إلقاء الحديث عن الأسباب المرضية جانبا، لأنها مثار خلاف، والاكتفاء بالتشخيص على أساس الأعراض الموجودة في المريض، والتي لن يختلف عليها، أي الطريقة الوصفية في التشخيص؛ واستتبع ذلك أيضا مفهوم التصاحب المرضي بحيث أصبح يمكن للطبيب النفسي أن يشخص أكثر من اضطراب نفسي في مريض واحد ما دامت الأعراض الموصوفة تكفي لذلك؛ وبالتالي أصبح ممكنا أن نشخص اضطراب الوسواس القهري كاضطراب قائم بذاته في مريض الفصام، وفي الوقت ذاته، وذلك ما لم يكن ممكنا قبل التقسيم الأمريكي الثالث.

وأما التساؤل الرابع والأخير، وهو ما تأثير وجود أعراض الوسواس القهري في مسار اضطراب الفصام؟ فإن الآراء القديمة للأطباء النفسيين (Stengel ،1945) و(Rosen ، 1957) والتي كانت ترى في وجود أعراض الوسواس القهري في الفصام ما يشير إلى حسن المآل المرضي لاضطراب الفصام لا تجد الكثير من الدعم هذه الأيام؛ فقد كانوا يرون أن الأعراض الوسواسية تمثل نوعا من الحماية أو المواجهة للتحلل النفسي الذي يسببه اضطراب الفصام حتى أن منهم (Pious ،1950) من كان يرى أن الانشغال بالوساوس والطقوس القهرية، إنما يساعد مريض الفصام على البقاء على علاقة بالواقع!، هذه الآراء كانت إلى حد كبير متأثرة بأوضاع مرضى الفصام قبل اكتشاف الأدوية حيث كان تدهورهم لا مفر منه، وكانوا يجمعون في مصحات الطب النفسي وينعزلون عن الحياة إلى آخر أعمارهم فتنعدم قدرتهم على أي عمل وتنعدم قدرتهم على مجرد الإحساس بالمشاعر العادية البسيطة، ففي مثل هذه الحال ربما يكون لأعراض الوسواس القهري نوع من النفع ولو حتى على مستوى إبقاء نوع من النشاط يمارسه المريض في حالة الطقوس القهرية ونوع من المشاعر حتى لو كان الخوف والضيق بسبب الأفكار التسلطية، وبعدما اكتشفت مضادات الذهان وأصبح اضطراب الفصام من الأمراض التي تعالج، وكثيرا ما تعالج دون الحاجة إلى الدخول إلى المستشفى النفسي، أو قد يكون الدخول لفترة قصيرة يعود بعدها المريض إلى ممارسة دوره في المجتمع، أي بعد أن تغير المآل المرضي لاضطراب الفصام، أصبح

الحديث مختلفا وأصبحت الآراء مختلفة. فما يعنيه التصاحب المرضي بين اضطراب الفصام واضطراب الوسواس القهري الآن هو سوء المآل المرضي للفصام، والحقيقة أن السبب في سوء مآل الفصام المصحوب بالوسواس القهري يمكن أن يكون واحدا من ثلاثة احتمالات (Cummings,1993) ولا توجد الدراسات التي تكفي لتغليب واحد منها على الآخر:

- الأول: هو أن اضطراب الفصام الذي تصاحبه أعراض الوسواس القهري هو نوع خبيث من أنواع الفصام. أي أنه مختلف عن اضطراب الفصام دون أعراض الوسواس القهري أصلا.

- الثاني: أن وجود اضطرابين منفصلين في المريض نفسه لابد أن يؤدي إلى تدهور أكبر، وأن يقلل من قدرة المريض على مواجهة أعراض كل من الاضطرابين.

- الثالث: أن سوء المآل المرضي للفصام عندما تصاحبه أعراض الوسواس القهري إنما يرجع إلى الطبيعة المزمنة لأعراض الوسواس القهري.

وقد حدثت في السنوات الأخيرة تطورات كبيرة في فهمنا للاختلافات التركيبية والوظيفية في المخ البشري في كل من اضطراب الفصام واضطراب الوسواس القهري: فهناك العديد من الممرات العصبية Pathways ما بين مناطق القشرة المخية ومناطق ما تحت القشرة المخية، يفترض وجود نوع من الشذوذ Abnormality فيها في مرضى الفصام ومرضى الوسواس القهري. فهناك دوائر عصبية مفترضة ما بين مناطق مختلفة من قشرة المخ Cerebral Cortex ومناطق من النوى القاعدية Basal Ganglia. فأما مناطق قشرة المخ فهي: القشرة قبل الجبهية Prefrontal Cortex والجزء الظهري الجانبي منها Dorso lateral Prefrontal Cortex، وكذلك القشرة الحجاجية الجانبية Lateral Orbital Cortex. والقشرة الحزامية الأمامية Anterior Cingulate Cortex (Alexander et al.,1986) و(Alexander et al.,1990) و(Alexander & Crutcher,1990) و(Groenewegen et al.,1990). وأما مناطق النوى القاعدية Basal Ganglia فهي الجسم المخطط Corpus Striatum والكرة الشاحبة Globus Pallidus والمهاد Thalamus.

ويبين التشريح المجهري لهذه الدوائر العصبية أن المسار العصبي من منطقة إلى أخرى، يتصل أيضا بالمناطق المختلفة الأخرى بشكل يعزز مفهوم الدوائر المتوازية Parallel Circuits. كما أن من خواص هذه الدوائر العصبية

أن هناك نوعين من الاتصال ما بين أجزاء هذه الدوائر أحدهما هو الاتصال المغلق أي المقصور على أجزاء الدائرة العصبية المحددة، وأما النوع الآخر من الاتصال فهو النوع المفتوح الذي قد يشمل مناطق أخرى من أجزاء القشرة أو ما تحت القشرة من أجزاء الدماغ (Alexander & Crutcher,1990) و(Parent ,1990) و(Baxter et al.,1992): وقد ارتبطت الحلقة العصبية بين القشرة قبل الجبهية الظهرية الجانبية والنوى القاعدية Dorso-lateral Prefrontal Cortex Circuit باضطراب الفصام، بينما ارتبطت الحلقة العصبية الممتدة بين قشرة المخ الحجاجية الجانبية وبين النوى القاعدية Lateral Orbital Cortex Circuit باضطراب الوسواس القهري.

فأما الحلقة العصبية المفترضة لاضطراب الوسواس القهري (Alexander & Crutcher,1990) فتبدأ من القشرة المخية الحجاجية الجانبية Orbito-Frontal Cortex وبالتحديد من منطقة برودمان العاشرة Brodmann's area 10 وثانية محطاتها هي الجزء البطني الوسطي من النواة المذيلة Ventromedial Area of Caudate Nucleus وثالثة محطاتها هي الكرة الشاحبة Globus Pallidus، وكلتا المحطتين الثانية والثالثة جزء من النوى القاعدية، وأما رابعة محطاتها فإنها الجزء الأمامي البطني والوسطي الظهري من المهاد Ventro-Anterior & Mediodorsal Thalamus، ثم تعود إلى المحطة الأولى وهي القشرة الحجاجية: وأما التغيرات الوظيفية المفترض أنها مسؤولة عن حدوث أعراض اضطراب الوسواس القهري فهي زيادة نشاط القشرة الحجاجية أو الحزامية أو نشاط النواة المذيلة. مما ينتج عنه تثبيط الجزء الظهري من المهاد (الذي يثبط القشرة الحجاجية والحزامية في الظروف الطبيعية) فيؤدي في النهاية إلى انفلات القشرة الحجاجية والحزامية، وبالتالي تصبح دائرة الاستثارة متكررة Reverberating Circuit (Baxter et al.,1987).

وأما الحلقة العصبية المفترضة لاضطراب الفصام (والحديث عنها أقل في المقالات العلمية من حلقة الوسواس القهري الشهيرة) (Alexander&Crutcher,1990) فتبدأ من الجزء قبل الجبهي للقشرة المخية قبل الجبهية الجانبية Prefrontal Cortex، وتحديدا من منطقتي برودمان التاسعة والعاشرة Brodmann's area 9 and 10، لتكون محطتها الثانية: الجزء الظهري الجانبي من رأس النواة المذيلة

Dorsolateral Head of Caudate (في مقابل الجزء البطني الوسطي من النواة المذيلة في حلقة اضطراب الوسواس القهري). ثم تكون المحطة الثالثة جزءا من النوى القاعدية أيضا وهي الكرة الشاحبة Globus Pallidus، وتكون المحطة الرابعة هي الجزء الأمامي البطني والوسطي الظهري من المهاد Ventro-Anterior & Mediodorsal Thalamus (وهما المحطتان الثالثة والرابعة أنفسهما في حلقة الوسواس القهري، أي أن هناك تداخلا ما بين الحلقتين العصبيتين) وتعود بعد ذلك إلى القشرة المخية قبل الجبهية الجانبية Dorso-lateral Prefrontal Cortex أيضا كما في حلقة اضطراب الوسواس القهري.

ولعل في الشكل التالي (الشكل ١) ما يوضح الأمر بصورة أيسر:

+ استثارة - تثبيط

الشكل (١) رسم مبسط يبين التداخل ما بين الحلقتين العصبيتين المفترضتين للوسواس القهري والفصام

من الواضح إذن، من خلال إمعان النظر في هذه الدوائر العصبية المفترض اضطرابها في كل من اضطراب الفصام واضطراب الوسواس القهري، أن وجوه التشابه أكثر بكثير من وجوه الاختلاف. وهذه الدوائر العصبية المفترضة بالطبع لم تفترض من فراغ، وإنما كانت نتاج تراكم العديد من نتائج دراسات تصوير المخ التركيبي والوظيفي المتطورة. حيث ظهرت تغيرات في بعض المناطق التي تتكون منها هذه الدوائر، وبعضها جرى إثبات تأثر التغيرات الحادثة فيه بعد فترة من العلاج. وحدث ذلك في دراسات متعددة أجريت على مرضى اضطراب الوسواس القهري (Andreasen et al., 1990) و(Baxter.1992) و(Martinot et al., 1990) و (Adams et al.1993) و(Rauch et al..1994) وكذلك على مرضى اضطراب الفصام (Bauchsbaum et al.,1992) و(Andreasen et al., 1994) و(Flaum et al..1995) و(Andreasen et al., 1997) و(Tibbo & Warneke, 1999). إذا ما تخيلنا إمكان وجود ما لا نعرف - وهذا أمر أكيد علميا - من الاتصالات العصبية ما بين أجزاء هذه الدوائر، وما بينها وبين أجزاء أخرى من الدماغ، فإن لدينا على المستوى البيولوجي ما يفسر الظاهرة المتكررة لوجود أعراض اضطراب الفصام وأعراض اضطراب الوسواس القهري في مريض واحد. هذا بالطبع لا يعني أن التغيرات الكيميائية أو الوظيفية في دماغ مريض الفصام هي التغيرات نفسها التي تحدث في مريض الوسواس القهري لكنه يوضح فقط إمكان التداخل في الأعراض لأن هناك تداخلا في التصورات المفترضة للتغيرات التي تحدث في الدماغ. ولعل ذلك يساعد في تفسير حالات التصاحب المرضي بين الفصام والوسواس القهري (Ghaemi et al.,1995).

وإذا انتقل الحديث بنا إلى دور الناقلات العصبية في كل من اضطراب الفصام واضطراب الوسواس القهري، ذلك الدور الذي تمكنا من تخيله بعد أن فكرنا بطريقة معكوسة، حيث بدأنا من أن الدواء الذي حسن الاضطراب «أ» يؤثر في الناقل العصبي «ب»، ثم استنتجنا من ذلك أن الاضطراب «أ» إنما ينتج من خلل في الناقل العصبي «ب»، وهذه كما ذكرت من قبل هي طريقة تفكير معكوسة ربما انفرد بها الطب النفسي دون غيره من فروع الطب الأخرى. المهم أن الناقل العصبي الدوبامين قد جرت دراسته باستفاضة، وكذلك دراسة خريطة المشابك العصبية التي يعمل فيها، وكذلك دراسة أنواع مستقبلات الفعل

الدوباميني Dopamine Receptors الموجودة على جدار الخلايا العصبية، وكانت كل هذه الدراسات ناتجة في الأساس من دور الدوبامين في اضطراب الفصام، لأن أدوية الفصام القديمة كانت قدرتها على علاج اضطراب الفصام تعزى إلى تثبيطها للدوبامين فهي مضادات الدوبامين (م.د). أما دور الدوبامين في اضطراب الوسواس القهري فلا تزال الدراسات فيه في بداياتها، وإن كانت دراسة علاقة اضطراب الوسواس القهري باضطرابات العرات Tic Disorders واضطراب «توريت» هي المحرك الذي يوجه الأبحاث في هذا الاتجاه. خاصة أن بعض حالات اضطراب «توريت» تعالج بأدوية الفصام القديمة نفسها.

وأما الناقل العصبي السيروتونين فإن دوره في اضطراب الوسواس القهري قد أصبح مشتهرا إلى الحد الذي أصبح العامة فيه يسمعون عنه من حين إلى آخر من خلال كلام الأطباء أو وسائل الإعلام المختلفة. حيث درس في كل من اضطراب الوسواس القهري واضطراب الاكتئاب الجسيم. فكلاهما يعالج باستخدام مثبطات استرجاع السيروتونين (ماس) أو مثبطات استرجاع السيروتونين الاختيارية (ماسا). أما دور السيروتونين في اضطراب الفصام فقد بدأ الكلام فيه حديثا أيضا. وذلك بعد اكتشاف أدوية الفصام الجديدة التي تثبط كلا من الدوبامين والسيروتونين (مدس) والتي يرجعون أفضليتها على الأدوية القديمة إلى تأثيرها المثبط للسيروتونين. ومن الملاحظات الطريفة لكثير من الأطباء النفسيين في مناطق مختلفة من العالم (Fenton & McGlashen ,1986) و(Cassady & Thaker ,1992) و(Patil ,1992) و(Baker et al.,1992) و(Patel & Tandon,1993) و(Mozes et al.,1994) و(Buckley et al.,1994) و(Eales & Layeni ,1994) و(Allen & Tejera ,1994) و(Remington & Adams ,1994) و(Kopala & Honer ,1994) و(Levkovich et al.,1995) و(Toren et al.,1995) و(Alzaid & Jones ,1997) و(Dodt et al.,1997) وأثناء استعمالهم لأدوية الفصام الجديدة تلك ما ذكرته من قبل من ظهور أعراض الوسواس القهري في مريض الفصام بعد تحسن حالته. وهو ما كان يعتبر دليلا على صحة افتراض علاقة نقص السيروتونين بوجود أعراض الوسواس القهري، لأنك إذا زودت تركيزه في المشابك العصبية باستخدامك للماس قلت الأعراض. وإذا قللت تركيزه في المشابك العصبية باستخدامك للم.س.د في مريض الفصام ظهرت أعراض الوسواس القهري في بعض المرضى بعد فترة من الاستخدام.

إذن فالتداخل ما بين اضطراب الفصام واضطراب الوسواس القهري ليس على مستوى الأعراض، ولا على مستوى الدوائر العصبية المفترضة في الدماغ فقط، وإنما أيضا على مستوى الناقلات العصبية أي السيروتونين والدوبامين، ولعل في معرفتنا بوجود العديد من أنواع مستقبلات الفعل الدوباميني Dopamine Receptors، وكذلك العديد من أنواع مستقبلات الفعل السيروتونيني Serotonine Receptors على جدار الخلايا العصبية في مناطق المخ المختلفة، وأنواع هذه المستقبلات تزيد يوما بعد يوم، لعل ذلك يجعلنا نقتنع بأن الأمر أكثر تعقيدا من كل ما كان يمكن ومن كل ما يمكن الآن أن نتصور.

٤ـ علاقة اضطراب الوسواس القهري باضطراب «توريت» واضطراب اللوازم الحركية

على الرغم من تكرار ملاحظة الأطباء النفسيين وأطباء الأمراض العصبية لحدوث أعراض اضطراب الوسواس القهري مع مختلف أمراض النوى القاعدية Diseases Basal Ganglia كرقاص سيدنهام (Swedo et al.,1989) ورقاص هنتنجتون Huntingiton's Chorea ومرض باركينسون أو الشلل الرعاش (von Economo, 1931)، وكلها أمراض عصبية بالطبع إلا أن أكثر أمراض النوى القاعدية مصاحبة لاضطراب الوسواس القهري هو اضطراب «توريت» (Zohar et al.,1999) واضطراب اللوازم («العرات» حسب ترجمة منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص٢٩٦ ـ ٢٩٨). حسب ترجمة (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص ٢٩٦-٢٩٨) الحركية المزمنة، حتى أن هناك دراسات حديثة قد بينت نتائجها أن ما بين الثلث والنصف من مرضى اضطراب «توريت» الكبار (Pauls et al.,1986) و(Frankel et al.,1986) و(Pitman et al., 1987) والصغار (Grad et al.,1987) على حد سواء يصابون باضطراب الوسواس القهري؛ كما أن كلا الاضطرابين يظهر في عائلات المرضى بمعنى أن المريض بالعرات الحركية المزمنة أو المريض باضطراب «توريت» له أقرباء يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وكذلك المريض باضطراب الوسواس القهري له أقرباء يعانون من اضطراب «توريت» أو اضطراب العرات الحركية المزمنة؛ وهو ما دفع الكثيرين من الأطباء النفسيين إلى استنتاج أن هناك علاقة سببية بين هذين الاضطرابين (Zaharovits,1990)، بمعنى أن جينا ما من المادة الوراثية البشرية أو أن خللا ما في منطقة النوى القاعدية في الدماغ يمكن أن يؤدي إلى اضطراب «توريت» أو اضطراب

الوسواس القهري أو العرات الحركية المزمنة، إلا أن ماهية ذلك الجين أو ذلك الخلل لم تحدد بعد على وجه الدقة، ومن الطريف أن دراسات جرت فيها متابعة مرضى اضطراب «توريت» من الأطفال حتى سن المراهقة فظهرت لديهم أعراض اضطراب الوسواس القهري، وعكس ذلك أيضا حدث أي أن متابعة المصابين باضطراب الوسواس القهري في سن المراهقة بينت حدوث اضطراب العرات أو اضطراب «توريت» بعد عدة سنوات في بعضهم (Peterson et al.,2001).

وأما من ناحية الصورة المرضية لاضطراب «توريت» فإن العرة أو اللازمة الحركية تعني حركة مفاجئة متكررة وغير منتظمة في مجموعة معينة من العضلات، وهي في شكلها تشبه الحركات الطبيعية للإنسان لكن الذي يجعلها اضطرابا هو تكرارها على رغم محاولة الشخص أن يتوقف عنها، وإحساسه بأنه مضطر لفعلها ليتخلص من إحساس جسدي بالضيق ينتابه ويشتد عليه كلما حاول الكف عن تكرارها؛ وغالبا ما تحدث اللازمة في مجموعة العضلات الصغيرة حول العين أو النصف السفلي للوجه أو العضلات الكبرى في الرقبة أو غيرها؛ وقد تأخذ أي شكل من أشكال الحركات البشرية بسيط كالرمش بالعين أو (طرفة العين Eye Blinking) أو هز أو رجة الكتف Shoulder Shrugging أو هز أو رجة الرأس أو الرقبة Neck Jerking؛ وقد تكون أكثر تركيبا كتعبير وجه معين مثل تكشير قسمات الوجه Facial Grimacing، وقد يكون ذلك التعبير غير لائق اجتماعيا مما يتسبب في الإحراج للشخص أو لأهله؛ ومن العرات الحركية المركبة أيضا ضرب النفس والقفز والوثب على قدم واحدة (الحجل)، وإن كانت الحدود بين العرات الحركية البسيطة والمركبة ليست واضحة دائما (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص٢٩٦-٢٩٨).

وأما العرات الصوتية فينطبق عليها التعريف نفسه إلا أنها تكون أصواتا لا حركات جسدية، ويمكن أن تكون بسيطة كصوت التنخم (تنظيف الحنجرة) Throat Cleaning أو التنحنح Barking أو التنشق Sniffing أو الهسهسة Hissing أو صوت نباح الكلب مثلا، أو قد تكون مركبة بحيث تصدر عن الشخص كلمات مفهومة وكثيرا ما تأخذ شكل السباب أو الكلمات البذيئة. ومن الشائع أيضا استخدام كلمات غامضة في كثير من الأحيان أو تكرار الأصوات أو الكلمات التي تصدر عن الشخص نفسه (منظمة الصحة العالمية،

١٩٩٩، ص٢٩٦-٢٩٨)، فإذا كان الشخص يعاني من لوازم حركية فقط أو لوازم صوتية فقط فإن تشخيصه يكون اضطراب العرات المزمن Chronic Tic Disorder: أما إذا اجتمعت العرات الحركية مع العرات الصوتية في مريض واحد، سواء في الوقت نفسه أو في أوقات مختلفة، فإن تشخيصه يكون اضطراب «توريت». ومن المهم هنا أن أشير إلى أن هناك ثلاثة أنواع على الأقل من اضطرابات العرات أكثرها انتشارا هو النوع العابر الذي تحدث فيه لوازم حركية أو صوتية ينطبق عليها التعريف السابق، لكنها لا تستمر أكثر من سنة من الزمن، وأما النوع المزمن فلابد أن تطول مدة الاضطراب فيه عن سنة وأن تكون العرات فيه إما حركية أو صوتية فإن اجتمعت العرات في الحركة والصوت فقد أصبح التشخيص هو اضطراب «توريت».

وعادة ما يزيد القلق من تكرار وشدة هذه العرات في حين أن التركيز في موضوع أو عمل معين يقللها إلى حد ما، ومن المعروف أنها تختفي أثناء النوم: وتبدو العرات وكأنها عمل لا يقاوم، ومع ذلك فمن الممكن كبحها لفترات متباينة من الوقت: وعادة ما يظهر اضطراب العرات على الطفل ما بين السنة الخامسة والسنة العاشرة من العمر، وقد أظهرت بعض الدراسات أن نسبة ٥٪ من الأطفال عند سن السابعة يعانون من العرات، بعضهم بشكل عابر وبعضهم يتحول إلى اضطراب العرات المزمن وبعضهم إلى اضطراب «توريت». واضطرابات العرات تظهر في الأولاد أكثر بكثير منها في البنات، وهناك تباين عظيم في شدة العرات بحيث يمكن تخيل متصل من الشدة، ففي طرف تكون الظاهرة أقرب إلى الطبيعية حيث يبدي طفل من كل خمسة أطفال أو طفل من كل عشرة أطفال عرات عابرة في وقت ما، وفي الطرف الآخر من المتصل توجد متلازمة «توريت» Tourrete's Syndrome وهي اضطراب غير شائع إلا أنه مزمن وغالبا ما يكون مُقعِدا Incapacitating، ومن غير المؤكد أن الأسباب واحدة في هاتين الحالتين الموجودتين على طرف المتصل ما بين العرات العابرة وبين متلازمة «توريت» مرورا باضطراب العرات المزمنة، لأن احتمال وجود أسباب مختلفة لما يظهر تشابه كبير في أعراضه من الأمراض احتمال قائم وقوي.

ونظرا لأن ٢٠٪ من الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري يعانون أيضا من اضطراب العرات و٥٪ منهم يعانون من اضطراب «توريت»، فإن من الأطباء النفسيين من يفترض أن نوعا من أنواع اضطراب الوسواس

القهري على الأقل مرتبط باضطراب العرات أو اضطراب «توريت»، وبعضهم يرى أن لهذا النوع من الوسواس القهري خواص معينة تختلف عن النوع الآخر من اضطراب الوسواس القهري إلا أن نتائج الدراسات في هذا الموضوع لا تزال متضاربة، وإن كانت عدة دراسات (Ziemann et al., 1997) و(Di Lazzaro et al., 1998) و(Broocks et al.,1998) و(Greenberg et al., 2000) و(Swerdlow, 2001) درست فيها التغيرات الاستثارية لقشرة المخ Cortical Excitability، وذلك من خلال تقنية جديدة هي الحث المغناطيسي عبر الدماغ Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)، قد بينت أن استثارية قشرة المخ تتغير بشكل متشابه في اضطراب الوسواس القهري واضطراب «توريت» وأن التغيرات تكون أوضح في حالات الوسواس القهري ذات العلاقة باضطراب «توريت» إما بتصاحبهما معا أو بوجود تاريخ مرضي لاضطراب «توريت» في أسرة مريض اضطراب الوسواس القهري (Broocks et al.,1998).

وأما نتائج دراسات تصوير المخ الحديثة فإنها تشير تقريبا إلى التغيرات الدماغية نفسها سواء من الناحية التركيبية أو من الناحية الوظيفية (Greenberg et al., 2000):

١- فمن الناحية التركيبية نجد في كل من هذين الاضطرابين أن الجسم الثفني أو الجسم الجاسئ Corpus Callosum يزيد حجمه. كما نجد أن النواة المذيلة Caudate Nucleus في كلا الاضطرابين أيضا ينقص حجمها بما يتراوح ما بين ٥٪ و١٠٪. وكذلك نجد في كليهما فقدا لعدم التناسق (الطبيعي) ما بين النواة المذيلة اليمنى واليسرى.

٢- وأما من الناحية الوظيفية فإن المقارنة بين نتائج دراسات التصوير الوظيفي أيضا في كلا الاضطرابين تشير إلى تغيرات متماثلة في بعض النقاط ومتعاكسة في بعض النقاط، وذلك في معدل تدفق الدم ومعدل استهلاك سكر الجلوكوز في مناطق النوى القاعدية والقشرة الحجاجية والمهاد، مع إمكان عقد ارتباط بين معدل النشاط في المخ وبين كون أعراض الاضطراب لدى المريض في حالة كمون أو هدوء أو في حالة استثارة مثلا عند مقاومة الفعل القهري أو العرة، بحيث يمكن استنتاج وجود علاقة لا يمكن الشك فيها.

وعلى الرغم من أن معرفة الأسباب الأكيدة لكلا الاضطرابين والتغيرات التشريحية المصاحبة له في خريطة الوصلات العصبية الدماغية لا تزال في

مرحلة البداية، إلا أن كلا منهما يصاحبه نقص أو خلل في التحكم التثبيطي Inhibitory Control، أو زيادة في النشاط العصبي لحلقة الاتصالات العصبية بين قشرة المخ الجبهية Frontal Cortex، والجسم المخطط Corpus Striatum، والكرة الشاحبة Globus Pallidus، والمهاد Thalamus. وقد أوضحت هذه الحلقة العصبية من قبل في الفصل الثالث (الشكل ٣)، وما يهمنا هنا هو أن هذه المعلومات من دراسات الحث المغناطيسي عبر الدماغ تشير إلى إمكان تقسيم اضطراب الوسواس القهري مستقبلا إلى: نوع ذي علاقة باضطراب «توريت» أو اضطراب العرات Tic Related ونوع آخر غير ذي علاقة به.

٥- علاقة اضطراب الوسواس القهري باضطرابات الشخصية

من المهم بداية هنا أن أبين الفرق بين مفهوم اضطراب الشخصية في الطب النفسي وبين مفهوم الاضطرابات الأخرى كاضطراب الاكتئاب أو الوسواس القهري مثلا؛ فمعنى اضطراب الشخصية هو أنه اضطراب ممتد قد يستوعب العمر مع المريض، ولا تستطيع أن تحدد له بداية ونهاية، مثلما هي الحال في معظم إن لم يكن كل الاضطرابات النفسية الأخرى، فاضطراب الشخصية إذن هو أسلوب حياة يبدأ مع الشخص منذ سني مراهقته، أي من قبل أن يدخل في مرحلة النضج، ويتميز بكونه أسلوبا ثابتا يفتقد المرونة ويظهر في معظم إن لم يكن كل أفكار الشخص ومبادئه ومشاعره، ويؤثر بالطبع في العلاقات البين - شخصية للإنسان، وهو يسبب قدرا كبيرا من المعاناة لا للشخص وحده بل للمحيطين به أيضا. وهناك بالطبع أنواع عديدة من اضطرابات الشخصية قُسمت إلى ثلاث مجموعات، حسب نوعية الأفكار والمشاعر والسلوكيات التي تتشابه في كل مجموعة منها.

وعندما وضع الأمريكيون تصنيفهم التشخيصي الإحصائي الثالث، جعلوا تشخيص اضطراب الشخصية على محور مستقل عن تشخيص الاضطرابات النفسية الأخرى، التي يفترض فيها أنها عابرة أو أنها تطرأ على حياة الشخص بعد فترة من الحياة بصورة طبيعية، بينما الأمر مختلف في حالة اضطرابات الشخصية، لأنها كما قلت تبدأ في نهاية المراهقة أو مبكرا في بداية مرحلة الرشد. ومعنى ذلك أن الشخص يمكن أن يأخذ تشخيصا على المحور الأول من محاور التشخيص، مثل اضطراب الوسواس القهري، ويأخذ

أيضا تشخيصا على المحور الثاني وهو اضطراب شخصية أيا كان نوعه. ومن الملاحظات التي وجدها الباحثون في الطب النفسي، كما وجدها الأطباء النفسيون أن نسبة كبيرة من مرضى اضطراب الوسواس القهري يأخذون تشخيصا على المحور الثاني أي تشخيص اضطراب شخصية. والحقيقة أن هذا الموقف متكرر دائما مع معظم اضطرابات القلق الأخرى كنوبات الهلع مثلا لكن نسبة وجود اضطراب شخصية في مريض الوسواس القهري كانت تظهر دائما أعلى من غيرها فقد بلغت معدلات انتشار اضطرابات الشخصية في مرضى اضطراب الوسواس القهري ما بين ٣٣ ٪و٨٧ ٪ وهذه نسبة كبيرة بالطبع، خاصة إذا عرفنا أن هذه النتائج متكررة في الدراسات المختلفة بغض النظر عن نوعية التشخيص. وعن نوعية الأدوات أوالقياسات النفسية المستخدمة فيه (Rasmussen & Tsuang, 1986) و(Joffe et al.,1988) و(Mavissakalian et al.,1990)a و(Baer,et al.,1992) و(Thomsen & Mikkelsen, 1993) و(Black ,et al.,1993) وهي بالطبع أكثر ظهورا في نزلاء المستشفيات النفسية (Bejerot et al.,1998) من مرضى اضطراب الوسواس القهري عنها في مرضى الوسواس القهري الذين لا تصل حالاتهم إلى الشدة التي تستدعي دخول المستشفى.

تظهر كل أنواع اضطرابات الشخصية في مرضى اضطراب الوسواس القهري، لكن أكثرها تكرارا هي تلك الموجودة في المجموعة الثالثة من اضطرابات الشخصية Cluster C، وتسمى هذه المجموعة (Black ,et al.,1993) و(Mavissakalian et al.,1990)b و(Ravizza et al.,1995) و(Bejerot et al.,1998) من اضطرابات الشخصية بالمجموعة القلقة أوالخوافة Anxious or Fearful Group. وتشمل اضطراب الشخصية القسرية Compulsive Personality Disorder، واضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder، وكذلك اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder. كما كان هناك من المجموعة الأولى Cluster A من اضطرابات الشخصية اضطراب الشخصية الزورانية (البارانويدية) Paranoid Personality Disorder، ووجد ذلك الاضطراب في نسبة لا يستهان بها (Bejerot et al.,1998). كما وجد أيضا من المجموعة الأولى Cluster A من اضطرابات الشخصية النوع المسمى باضطراب الشخصية الفصامية النوع Schizotypal Personality Disorder الذي تبين الدراسات أن

وجوده مع اضطراب الوسواس القهري يجعل المآل المرضي للوسواس أسوأ من كل الأنواع، وكما سأبين في فصل اضطراب الشخصية القسرية فإن العلاقة التي كانت تفترض قديما بين اضطراب الشخصية القسرية واضطراب الوسواس القهري لم تستطع الثبات أمام العديد من الأبحاث والدراسات العلمية الحديثة، لكن ما يعنينا هنا هو معنى وتأثير وجود اضطراب الشخصية في مسار ومآل اضطراب الوسواس القهري.

أما عن معنى كثرة وجود اضطراب شخصية مع اضطراب الوسواس القهري فهناك أربعة احتمالات، لكل منهم وجاهته. فأما الأول فهو أن اضطراب الوسواس القهري على المحور التشخيصي الأول يهيئ الشخص للإصابة باضطراب شخصية على المحور التشخيصي الثاني. ولا بد من أن نسترجع هنا أن كثيرا من حالات اضطراب الوسواس القهري تبدأ في الطفولة ولذلك يمكن أن تؤثر في تكوين الشخصية.

وأما الاحتمال الثاني فهو عكس الاحتمال الأول، أي أن وجود اضطراب شخصية يهيئ الشخص للإصابة باضطراب الوسواس القهري، والحقيقة أن وجود اضطراب شخصية يهيئ الشخص للإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية، خاصة من مجموعة العصاب القديمة أي ما يسمى اليوم بمجموعة اضطرابات القلق Anxiety Disorders، ومنها الوسواس القهري والاضطرابات شبه الجسدية Somatoform Disorders حسب التسمية الأمريكية الجديدة.

وأما الاحتمال الثالث فهو أن عاملا بيئيا أو حيويا مشتركا يهيئ الشخص للإصابة بكل من اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية، والحقيقة أن افتراضا كهذا يصعب إثباته في الوقت الحاضر على الأقل، فليس من السهل مثلا إثبات أن تكون طريقة معينة في التربية، أو سمة معينة من سمات الشخصية، هي العامل المشترك الذي يهيئ الشخص للإصابة بكل من الاضطرابين.

وأما الاحتمال الرابع فهو أن وجود اضطراب الوسواس القهري على المحور التشخيصي الأول هو الذي يتسبب في تشخيص اضطراب الشخصية على المحور الثاني، بمعنى أن القياسات النفسية المستخدمة، أو طرق المقابلة النفسية التي نشخص على أساسها، لا تفرق بنسبة مائة في المائة بين

الأعراض التي هي أعراض اضطراب نفسي على المحور التشخيصي الأول وبين ما هي أعراض أو سمات اضطراب شخصية على المحور الثاني، ولعلني أسوق الأسباب لميلي الشخصي لهذا الرأي:

١- مثلا، إذا نظرنا إلى عدد من القواعد الوصفية لتشخيص اضطراب الشخصية القسرية، كالتردد في اتخاذ القرارات، والالتزام بالدقة الشديدة، وعدم القدرة على التخلص من الحاجيات القديمة، كل هذه الصفات يمكن أن تنتج من عدم القدرة على الشعور بالتأكد أو الثقة Inability to Feel Certain ، أي الشعور بالشك، وهذا عرض مركزي وجوهري من الأعراض التي يشخص على أساسها اضطراب الوسواس القهري، وهو كذلك من العلامات الموجودة في اضطراب الشخصية التجنبية واضطراب الشخصية الزورانية (البارانويدية).

٢- ومن ناحية أخرى، وجدت مجموعة من الباحثين (Baer,et al.,1992) أن المرضى الذين يعانون من اضطراب وسواس قهري واضطراب شخصية في الوقت نفسه كثيرا ما يتصفون بعدة صفات منها: الحساسية النفسية المفرطة، وعدم الثبات الانفعالي واضطراب العلاقات بين الأشخاص، وكذلك عدم الكفاءة الوظيفية إضافة إلى الدقة المفرطة والتردد الشديد، وذلك بغض النظر عن نوع اضطراب الشخصية الموجود لديهم.

٣- ثم إذا كان وجود اضطراب شخصية مصاحبا لاضطراب الوسواس القهري يكاد يكون هو القاعدة، بل إن بعضهم يقول (Rasmussen & Tsuang,1986) و(Janike et al.,1986) و(Baer et al.,1990) و(Mavissakalian et al.,1990) و(Mavissakalian et al.,1990)b و (Ricciardi,et al.,1992) و(Thomsen & Mikkelsen, 1993) و (Stein et al.,1994) إن وجود اضطراب شخصية «واحد على الأقل» هو القاعدة وليس الاستثناء. وأنا أستعمل هذا التعليق نفسه لأدلل على الاتجاه المعاكس لما يدلل عليه هذا الكلام. فالنتائج الأمريكية تقول إن التصاحب بين اضطراب الشخصية واضطراب الوسواس القهري يكاد يقارب القاعدة، وأنا أقول إن هذا دليل على قصور طرق التشخيص الوصفية التي يشخص بها معظم العالم الأمريكي اليوم.

٤- ثم إذا رأينا دراسات علمية تجرى لإثبات أن علامات اضطرابات الشخصية، المصاحبة لاضطراب الوسواس القهري تتحسن بعد فترة من العلاج بعقار الكلوميبرامين (Ricciardi et al.,1992)، أو عقاقير علاج الوسوسة

بوجه عام على رغم أننا نعرف أن علامات اضطراب الشخصية لا تتحسن بالعقاقير، فالحقيقة التي تواجهنا هي حسب رأيي المتواضع أن الاحتمال الرابع هو أكثر الاحتمالات وجاهة، لأن تغير الشخصية بالدواء ما زلت لا أميل إلى تصديقه!

وأما عن تأثير وجود اضطراب شخصية مع اضطراب الوسواس القهري، فإن ما يبدو للوهلة الأولى وما هو واضح هو أن وجود اضطراب الشخصية، إن كان موجودا مع اضطراب الوسواس القهري، فهو سبيل إلى سوء المآل، وهذا ما تؤيده الدراسات المذكورة في الفقرة السابقة. لأن وجود اضطراب الشخصية مع أي من الاضطرابات النفسية يؤدي إلى العديد من المشاكل التي تتكرر في علاقات المريض مع غيره من الأشخاص. كما أنها تؤثر بالسلب على علاقته بطبيبه النفسي، هذا بالإضافة إلى الكروب الناتجة من تدهور علاقاته بالآخرين الذي لا بد أن تكون من نتائجه سوء مآل اضطراب الوسواس القهري. أما ما يبدو غريبا في هذا السياق فهو أن يقال إن وجود اضطراب الوسواس القهري مع اضطراب الشخصية يجعل من اضطراب الشخصية اضطرابا قابلا للتحسن بالعقاقير (Ricciardi,et al.,1992)، وهذا أمر غير متعارف عليه بين الأطباء النفسيين، لكن الذي يمكن أن يكون منطقيا هو أن ظهور أعراض الوسواس القهري على مريض باضطراب الشخصية يمكن أن يكون سببا في لجوئه إلى الطبيب مما يجعل فرصته في التحسن أكبر.

٦- علاقة اضطراب الوسواس القهري باضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة

يظهر اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) : تحت الفئة التشخيصية «اضطرابات فرط الحركة» Hyperkinetic Disorders في تصنيف منظمة الصحة العالمية الأخير للأمراض النفسية والسلوكية ICD/10 تحت اسم اضطراب النشاط والانتباه Disturbance of Activity and Attention. ويوصف بأنه «عبارة عن توليفة من سلوك مفرط النشاط قليل التهذيب، مع عدم اكتراث شديد وعدم القدرة على الاستمرار في أداء عمل ما. وانتشار هذه الخصائص السلوكية عبر مواقف عديدة واستدامتها مع الوقت. وتكون بداية ظهور هذا الأعراض في سن مبكرة (عادة في السنوات الخمس الأولى من العمر)، ويعتقد الكثيرون أن شذوذا بنيويا ما Constitutional يلعب دورا حاسما

في نشأة هذه الاضطرابات، ولكننا في الوقت الحالي تنقصنا المعرفة الكافية بشأن أسبابها المحددة، ومميزاتها الرئيسية هي فقدان المثابرة على النشاطات التي تستدعي اندماجا معرفيا، وميلا إلى الانتقال من نشاط إلى آخر من دون الانتهاء من أي منهما، بالإضافة إلى نشاط مفرط غير منظم وغير مرتب، وتستمر هذه الإعاقات عادة أثناء سنوات الدراسة وحتى أثناء الحياة الراشدة، لكن كثيرا من الأفراد المصابين يظهرون تحسنا تدريجيا في النشاط والانتباه، ومن مشاكل التشخيص التفريقي Differential Diagnosis أن نوعا من فرط النشاط وعدم الانتباه، مختلف تماما عن ذلك الذي يميز اضطراب فرط الحركة، قد يبرز بين أعراض الاضطرابات القلقية أو الاكتئابية، وبالتالي لا يجوز أن يؤدي التململ Restlessness، الذي يحدث نموذجيا في الاضطراب الاكتئابي القلقي، إلى تشخيص اضطراب فرط الحركة. كذلك فإن التململ الذي كثيرا ما يكون جزءا من القلق الشديد لا ينبغي أن يقود إلى تشخيص اضطراب فرط الحركة، وإذا استوفيت معايير أحد اضطرابات القلق، أو أحد الاضطرابات المزاجية Mood Disorders، فلا يجوز أن يضاف ببساطة تشخيص اضطراب فرط الحركة لمجرد اختلال التركيز أو وجود توتر نفسي حركي، ويستخدم التشخيص المزدوج فقط إذا كان من الواضح أن هناك وجودا مستقلا لاضطراب فرط الحركة، تشير إليه أعراض لا تكون مجرد جزء من أعراض اضطراب المزاج (منظمة الصحة العالمية،١٩٩٩، ص٢٧٦-٢٨٠).

وقد لاحظ كثير من الباحثين الأمريكان، خاصة في السنوات الأخيرة، وجود تصاحب مرضي Comorbidity بين اضطرابي الوسواس القهري ونقص الانتباه المفرط الحركة في نسبة كبيرة، تصل إلى ٣٠ ٪ من الأطفال والمراهقين من المصابين باضطراب الوسواس القهري (Swedo et al.,1989) و(Riddle et al., 1990) و(Hanna,1995) و(Geller et al.,1996) إلى درجة أن معظم هؤلاء الباحثين استغربوا لعدم انتباههم من قبل لذلك التصاحب، كما تساءل بعضهم عن حقيقة هذا التصاحب وهل هو بالفعل تصاحب بين هذين الاضطرابين أم أن الأعراض التي يشخص اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة بناء على وجودها يمكن أن تظهر مثيلاتها الكاذبة في مرضى اضطراب الوسواس القهري؟ فمثلا، يمكن أن تتسبب الأفكار الاقتحامية في تشتيت الانتباه، وقد تكون زيادة الحركة أيضا من أعراض القلق، وليس الأمر كما يبدو لأول وهلة دليلا على وجود مثل ذلك التصاحب.

والحقيقة أن الدراسات التي تتحدث عن التصاحب المرضي بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة، كلها دراسات أمريكية تتبع التصنيف الأمريكي الأخير (DSM-IV)، ويبدو أن الأمر فيه كم كبير من التداخل والارتباك من حيث أن الأمريكان الذين يستخدمون هذا التصنيف في التشخيص يشخصون بالظواهر. ونادرا ما ينفذون إلى أعماق الحالة، وذلك على الرغم من أن التداخل التشخيصي هنا قد يكون سببا في الكثير من المشاكل بسبب اختلاف طريقة العلاج ونوعية العقاقير المستخدمة في محاولات علاج كل من هذين الاضطرابين (Riddle et al., 1990) و(March et al.,1997)، ففي حالة اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة تستعمل المنبهات Stimulants كعقار الأمفيتامين Amphetamine ومشتقاته، وهذه النوعية من العقاقير يمكن أن تتسبب في زيادة أعراض الوسواس القهري بشكل مؤلم ومزعج. وإن كانت هناك ملاحظات (Woolley & Heyman , 2003) تشير إلى حدوث تلك الزيادة مع بعض العقاقير المنبهة دون غيرها في بعض المرضى، فمثلا هناك من تسوء أعراض الوسواس القهري لديهم عند استخدامهم لعقار المثيل فينيديت Methylphenidate، بينما لا تسوء أعراضهم عند استخدام عقار آخر هو الديكسامفيتامين Dexamphetamine، أما الماس أو الماسا التي تستخدم في علاج اضطراب الوسواس القهري فإنها تسبب في بداية العلاج - كما ذكرت من قبل - نوعا من التململ الحركي وزيادة في النشاط، وهو ما قد يزيد أعراض مريض اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة سوءا.

وعلى الرغم من التشكيك في صدق التصاحب المرضي ما بين هذين الاضطرابين، فإن التاريخ المرضي والصورة المرضية للحالة التالية تقول غير ذلك:

(١٩) الغيرة والحقد وفرط التشتت

كانت لمياء طالبة متفوقة في إحدى الكليات العلمية في الحادية والعشرين من عمرها، عندما جاءت تشكو للطبيب النفسي من وساوس الغيرة والحقد التي تعذبها ليل نهار وتشعرها بالذنب الشديد، لأنها تغار من أي إنسان، حتى من أمها التي ماتت، ولا تنسى أنها لم تحزن عليها ولم تكن ترعاها في مرضها الأخير كما يجب من بنت نحو أمها، ثم أنها تغار من أخواتها واحدة واحدة، وعليهن من صديقاتهن، وتغار هي نفسها من صديقاتها في الدراسة!

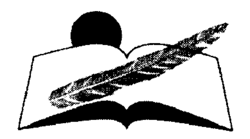
وتشعر بالحقد على كل من تجده متفوقا، ثم أن هذه المشاعر كلها تصاحبها منذ مراهقتها، وهي لا تنسى تعرضها لتحرش جنسي من قبل أمين المكتبة في مدرستها الابتدائية، وهو ما أفقدها الثقة في البشر جميعا، وهي تعرف ألا داعي ولا منطق في ما يدور في رأسها من أفكار تتعلق بالحقد وبالغيرة وترفض ذلك ولكن رأسها لا يتوقف عن التفكير، كما أن زملاءها وأقاربها يصفونها بأنها «مرووشة» أي كثيرة الاندفاع وطائشة الحركات، ولا تكاد تستقر لا في جلسة ولا في حديث، هي تعرف أن السر في عدم حميمية علاقتها بأمها ـ رحمها الله ـ هو أنها كانت طفلة سيئة وصعبة المراس بشكل لا يحتمل، فقد كانت أمها تخجل من اصطحابها خارج البيت، لأنها من فرط طيش حركاتها تسبب حوادث في كل مكان، ولهذا السبب كانت تضرب أكثر مما يضرب إخوتها الستة مجتمعين! وهي الآن أقل حركة بالطبع مما كانت في طفولتها، لكن حركاتها لا تزال تتصف بالطيش، وكثيرا ما يعلق الآخرون على ذلك. والكلام نفسه ينطبق على حديثها، لكن أكثر ما يعذبها هو الوسوسة بأن الله لابد سيعاقبها على عقوقها لأمها، ولابد أن أبناءها سيفعلون الشيء نفسه معها، وهذه الفكرة التي بدأت بعد وفاة أمها تتسلط عليها لا تزال على رغم مرور عام ونصف العام على وفاة الأم!

توضح هذه الحالة شكلا من أشكال التداخل والتواكب أو التصاحب بين أفكار الغيرة التسلطية التي تكفي لتشخيص اضطراب الوسواس القهري، إضافة إلى وجود تاريخ مرضي لاضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة في الطفولة، وإن لم يبق منه إلا ما يوصف بالأعراض المتبقية من اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة ADHD Residual، التي تتمثل في الاندفاعية والطيش وكثرة التململ والتشتت، وقد تحسنت الأفكار التسلطية بشكل كبير بعد استخدام الم.ا.س.ا، لكن الأعراض المتبقية من اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة لم تتغير.

ووجود التصاحب المرضي بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة إنما يحمل من التبعات أكثر من مجرد المشاكل التي تنتج من اختلاف نوعية العقاقير المستخدمة في كل منهما، لأن لكل من الاضطرابين مشاكله ومتطلباته الاجتماعية والوظيفية، كما أن وجود أعراض فرط الحركة وقلة الانتباه في بعض

مـرضى اضطراب الوسـواس القهـري قد يكون مؤشرا لمجموعة مختلفة مـن مـرضـى الوسـواس القهـري، ربمـا تكـون لها أسبـاب مختلفة (Geller et al., 2001a) و(Geller et al., 2001b).

وعلى الرغم من كل ما سبق فإن الأمر يحتاج إلى مزيد من الدراسة. حسب النظرية التي ترى أن أعراض فرط الحركة ونقص الانتباه الموجودة في الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب الوسواس القهري إنما هي أعراض ثانوية للأفكار الاقتحامية وللقلق المصاحب للوساوس، ويجب بالتالي أن تكون بدايتها بعد بداية أعراض الوسواس القهري، إلا أن نتائج الدراسات التي أجريت حتى الآن تشير إلى عكس ذلك (Geller et al., 2002) لأن الطفل أو المراهق عادة ما تبدأ معاناته باضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة. وتبدأ معاناته من الوسواس القهري بعد ذلك، وهو ما رأيناه في حالة لمياء.



10 اضطراب الشخصية القسرية (القهرية)

اضطرابات الشخصية في الطب النفسي تعبر عن مفهوم يشمل عدة حالات نمائية Developmental Conditions. تظهر في سن الطفولة أو المراهقة وتستمر في مرحلة الكهولة، وهي ليست ثانوية لاضطراب نفسي آخر أو مرض دماغي، وإن كان من الممكن أن تسبق أو أن تتزامن مع اضطرابات نفسية أخرى (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص ٢١٢)، واضطراب الشخصية يعبر عن نمط سلوك ذي أهمية إكلينيكية (سريرية)، تميل السمات فيه إلى الاستمرارية والثبات وتكون تعبيرا عن نمط الحياة المميز للفرد وأسلوب تعامله مع نفسه ومع الآخرين.

وغالبا ما تظهر علامات اضطراب الشخصية مبكرا في مسار النماء الفردي، كنتيجة لكل من العوامل البنيوية والخبرات الاجتماعية، فهي بمعنى آخر تعبير عن تفاعل مجموعة من السمات الشخصية المجتمعة في شخص ما مع معطيات الحياة الأسرية والاجتماعية، ومع سمات الشخصيات الموجودة فيها، وهي أنماط

«التردد صفة من صفات الشخصية القسرية تعوق صاحبها عن اتخاذ القرار المناسب»

المؤلف

سلوكية عميقة الجذور ومستمرة، تظهر نفسها كاستجابات وطيدة وثابتة لنطاق واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية، وهي تمثل انحرافات متطرفة أو على الأقل مهمة عن الطريقة التي يدرك ويفكر ويشعر بها شخص متوسط في ثقافة بعينها، مع التركيز على علاقته بالآخرين، وتميل السلوكيات الناتجة عن السمات إلى الثبات وإلى أن تتضمن مجالات متعددة من السلوك والأداء النفسي، وتكون في معظم الأحوال، ولكن ليس دائما، مصحوبة بدرجات متباينة من الضيق الشخصاني، ومشاكل الأداء الاجتماعي والوظيفة الاجتماعية (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص ٢١٢).

وأما الدلائل التشخيصية العامة للاضطرابات النوعية في الشخصية Specific Personality Disorders حسب النسخة العربية من تصنيف الاضطرابات النفسية العاشر ICD/10 لمنظمة الصحة العالمية WHO فهي كما يلي:

«هي حالات لا يمكن إرجاعها مباشرة إلى ضرر أو مرض جسيم بالدماغ، ولا إلى أي اضطراب نفسي آخر، وتستوفي المعايير التالية:

١ـ سلوكيات واتجاهات غير متجانسة بشدة. تشمل مجالات متعددة من الأداء، على سبيل المثال: الوجدانية، والتنبه، والتحكم في النزوات، وطرق الإدراك والتفكير، وأسلوب الارتباط بالآخرين.

٢ـ يكون نمط السلوك الشاذ باقيا، وطويل المدى. ولا يقتصر على نوبات من المرض النفسي.

٣ـ يكون نمط السلوك الشاذ عاما، ويؤثر سلبا في التأقلم بشكل واضح مع نطاق واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية.

٤ـ المظاهر المذكورة أعلاه تظهر دائما أثناء الطفولة أو المراهقة، وتستمر أثناء مرحلة الكهولة.

٥ـ يؤدي الاضطراب إلى ضائقات شخصية جسيمة، لكن قد يتضح ذلك فقط في مرحلة متأخرة من مساره.

٦ـ يكون الاضطراب مصحوبا عادة، ولكن ليس دائما، بمصاعب واضحة في الأداء المهني والاجتماعي». (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص ٢١٤).

ويعتبر التفريق بين اضطراب الشخصية القسرية واضطراب الوسواس القهري مناظرا للفرق بين السمات Traits في مقابل الأعراض والعلامات أو الحالات Symptoms and Signs or States (الحالات عبارة عن مجموعة من

الأعـراض والعـلامـات) وقـد فـرق فـولدز Foulds وزمـلاؤه بين السـمـات والأعراض (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٩٢) اعتمادا على ثلاثة محكات (كولز، ١٩٩٢):

١ـ السمات توجد لدى كل فرد، بينما الأعراض والعلامات لا توجد إلا لدى المريض ومجموعته المرضية فقط.

٢ـ تكون السمات منسجمة نسبيا مع الأنا Egosytonic، بينما الأعراض والعلامات مؤلمة موجعة. إما للمريض Egodystonic أو لأصدقائه أو ذويه.

٣ـ السمات باقية ثابتة نسبيا، بينما الأعراض والعلامات زائلة عابرة نسبيا.

ويعتبر هذا الأسلوب في التفريق مستمدا في الحقيقة من أفكار فرويد ومن تلاه من أصحاب مدرسة التحليل النفسي. فهم من رأوا في اضطراب الشخصية القهرية (أو القسرية) وفي اضطراب الوسواس القهري نقطتين على المتصل نفسه ما بين السمات في ناحية والأعراض العصابية في الناحية الأخرى. إلا أن الملاحظات الإكلينيكية وكذلك نتائج المقاييس النفسية لا تدعم هذا الرأي في الكثير من الحالات، كما أن التقسيم الإحصائي الأمريكي الثالث في نسخته المراجعة DSM-IIIR وكذلك الرابع DSM-IV وضعا اضطراب الوسواس القهري مع اضطراب الاكتئاب واضطراب عسر المزاج Dysthymic Disorder، كثلاثة مضاعفات ممكنة لاضطراب الشخصية القسرية، ومن الغريب أنهم لم يضعوا اضطراب الوسواس القهري كواحد من مضاعفات أي نوع آخر من أنواع اضطرابات الشخصية المختلفة! على رغم أن الخبرة العملية في الطب النفسي تقول غير ذلك.

ولعل في تشابه الأسماء بين هذين الاضطرابين ما زاد من الخلط، ولهذا السبب أفضل استخدام كلمة القسرية بدلا من القهرية عند الحديث عن الشخصية (وإن كانت كل من القهرية والقسرية ترجمة صحيحة لكلمة Compulsive، لكن كلمة قسرية هي ترجمة لكلمة إنجليزية أخرى هي Anankastic والتي استخدمها تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر ICD/10 (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص ٢١٧) ولم يستخدم كلمة Compulsive لوصف اضطراب الشخصية الذي نتكلم عنه).

وأصحاب الشخصية القسرية العادية، التي لا تصل إلى مرحلة الاضطراب، هم أشخاص يتصفون بوجود بعض السمات السلوكية التي يمكن أن تعد صفات مرغوبة، أو خصالا حميدة، أو خصائص يوسم بها

الأخيار من البشر كالنظافة والدقة والنظام ويقظة الضمير والوفاء بالعهد وغيرها من الصفات المحمودة في المجتمع، وبعض هذه الصفات، حتى في درجتها المتطرفة، يمكن أن تعد لازمة لبعض المهن، كالنظافة المفرطة بالنسبة إلى الجراح، والدقة والنظام والمراجعة بالنسبة إلى الباحث في المجالات العلمية. وتكرار التأكد من صلاحية أجهزة قيادة الطائرة قبل الإقلاع لدى الطيار مثلا، ويقظة الضمير والوفاء بالعهد بالنسبة لأي إنسان صالح (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٩٢). لكن هذه الصفات والسمات إذا وصلت شدتها وزادت حدتها عن الحد الذي يسمح لحياة الشخص وتفاعلاته مع الآخرين بالسلاسة، فإنها قد تصل إلى مرحلة اضطراب الشخصية القسرية، والتي تتسبب في بعض الأحيان في إعاقة حياة الفرد بدلا من تيسيرها. وتؤثر سلبا في حسن أدائه لدوره في الحياة. وسوف أضرب مثلا لاضطراب الشخصية القسرية بالتاريخ المرضي للحالة التالية:

(٢٠) «القاموس الدقيق»

كان محمود (وهذا ليس اسمه الحقيقي) محاسبا يبلغ من العمر خمسة وأربعين عاما عندما لجأ إلى الطبيب النفسي بعد إلحاح وإصرار زوجته، التي وصل بها الوضع إلى جعل لجوئه إلى الطبيب النفسي شرطا لاستمرار زواجهما، لأنها - كما قالت - لم تعد تحتمل جفاف مشاعره ومتطلباته الغريبة ولا مبالاته بأحاسيسها واحتياجاتها العاطفية هي وأولادهما، وعدم التزامه بالواجبات الاجتماعية على رغم تيسره ماديا ونجاحه في عمله الذي يمضي فيه وقتا أطول بكثير من كل من هم في سنه أو مركزه، ثم إنه يسافر في رحلات عمل طويلة وغير مجدية ماليا، ولا أحد في درجته الوظيفية يسافر مثل هذه الرحلات، لأن محاسبا صغير السن يقوم بها في كل قطاعات الشركة ماعدا القطاع الذي يرأسه زوجها! وأما محمود نفسه فيرى أنه ليست هناك مشكلة معينة في علاقته بزوجته، لأنها سيدة محترمة ومطيعة ومناسبة له كما يحس. لكنه لا يجد تفسيرا لديه لتبرمها منه في الفترة الأخيرة، ويضيف أنه رضي بزيارة الطبيب النفسي فقط لأنه يحب زوجته ويريد تهدئتها!

بدا محمود مهندما في مظهره بشكل واضح، وكان اهتمامه بالحفاظ عليه واضحا حتى أنه ضبط اتجاه رباط عنقه على بطنه أربع مرات خلال المقابلة. وكان صوته هادئا جادا وحديثه منضبطا محدد الكلمات وكأنه معد مسبقا. وإن بدا خاليا من المشاعر إلى حد كبير. حتى وهو يتكلم عن أولاده، إلا أنه كان ينم عن حب عميق لهم.

وعندما وجه الطبيب النفسي الحديث ناحية عمله في الشركة، التي يرأس أكبر وأهم قطاعاتها، ظهر عليه شيء من التحفز والضيق وما لبث أن صارحه بوجود بعض المشاكل في عمله، لأن مسؤولياته إنما تزيد عاما بعد عام، ولا أحد يستطيع أن يقوم بالعمل بالشكل الذي يقوم هو به، وهو الشكل الوحيد الذي ينبغي كما يرى: فالمفروض أنه مثال وقدوة للكثيرين لأنه بالتزامه وتفانيه في عمله استطاع أن يحقق الكثير من المكاسب لشركته، كما حقق لنفسه مكانة وصلها وهو في أوائل الأربعينيات (لا أواخر الخمسينيات)، حتى أنه نال شهرة في كل فروع الشركة بأنه يستطيع متابعة حسابات ثلاثة مشاريع في الوقت نفسه، ولا يخطئ ولا يتأخر عن موعده ولكن أحدا لم يتعلم منه على ما يبدو! فهاهم مساعدوه لا يتبعون تعليماته في كتابة التقارير، مما يضطره إلى كتابة كل شيء بنفسه. ويضطره أحيانا إلى السفر لإتمام الاتفاقات لأن مساعديه لا يؤدون المهام كما ينبغي، وهاهم واحد وعشرون متعاقبون من السكرتارية (بمعدل ١ أو ٢ كل عام) لا يلتزمون بمواعيد الحضور الصباحية ويتحينون الفرص للانصراف قبل الموعد. وهذه أشياء لا يطيقها هو ثم ما هي حججهم؟ إنها دائما أنه يهتم ويطلب منهم الالتزام بالتفاصيل الدقيقة لكل شيء وهذا هو سبب نجاحه! فكيف يريدون أن يستمر نجاح الشركة إذا لم يلتزموا بطريقة العمل التي يراها؟ وكيف ينصحه زملاؤه بترك بعض المهام لمساعديه وتفويضهم فيها. إذا كان هو أكثر الناس دراية بعدم التزام المساعدين؟ إنه يعامل ضميره في عمله ثم إنه هو المسؤول أمام الله.

إلا أن تراكم المسؤوليات عليه جعله في كثير من الأحيان غير قادر على اتخاذ القرارات، فأي دراسة يؤجل وأي دراسة يبدأ بها؟ إن تحديد الأولويات عملية مرهقة له جدا خاصة في الفترة الأخيرة، لكن أحدا لا يستطيع اتخاذ القرار له، ولا بد أن يقرر هو: وعادة ما أصبح يلجأ إلى عمل جداول

لتنظيم عمله وعمل مساعديه، ويجد نفسه مضطرا إلى متابعة أومراقبة المساعدين في عملهم!.. وهكذا... أصبح يعمل أكثر من ١٦ ساعة يوميا وهو مهدد كل وقت بألا يتمكن من أداء المفروض تأديته في الوقت المناسب؛ إن اتساع مسؤولياته للأسف يعني خروج بعض الأمور من يديه، وهولا يثق في قدرة الآخرين على أداء العمل كما ينبغي! ويتعجب من سلوك الآخرين، ومنهم الكثيرون من أقربائه، حيث إنهم يتصفون بعدم القدرة على الالتزام، لأنه كثيرا ما يضع لهم خططا وجداول لتنظيم حياتهم، لكنهم لا يقبلون أولا يلتزمون!

اتصف محمود طوال حياته بالحرص على التفوق وناله في معظم المرات، لكن وفاة والديه في حادث سيارة أليم وهو في الثانوية العامة تسبب في حصوله على درجات أقل بكثير مما كان يخطط له، لكنه على كل حال استطاع أن يحقق لنفسه المكانة المرموقة بالتزامه في عمله وتفانيه فيه: كان أبوه جراحا كبيرا اشتهر بدقته وتفانيه في عمله؛ وكانت أمه مديرة مدرسة بنات ثانوية، وكان محمود طفلا نظيفا مرتبا وتلميذا متفوقا إلى درجة أنه اشتهر بين زملائه بالقاموس! وضحك ضحكة مقتضبة وهو يقول إنه كان يعتقد، وهو في بداية المرحلة الإعدادية، أن حفظ الكلمات الموجودة في قاموس اللغة الإنجليزية سوف يمكنه من التفوق اللامحدود في اللغة! ثم اكتشف بعد ذلك أن هناك طرقا أسهل لتعلم اللغة! لكن زملاءه ما إن لاحظوا إمساكه بالقاموس الصغير أثناء الفسحة الدراسية، وهو يسترجع ما حفظه في اليوم السابق، حتى أطلقوا عليه اسم القاموس وهو ما لم ينسه لهم: وكان في سني مراهقته خجولا إلى حد كبير لكنه يرى ذلك الآن ميزة أتاحت له التفرغ لدروسه وحمته من أن ينحرف! وهو يذكر جيدا أنه كان يحس في طفولته أن أهم شيء في علاقة والديه به هو النجاح فيما يفعل سواء كان ذلك في الدراسة أوغيرها، وإن كانت الدراسة بالطبع هي أكثر وأطول وأهم ما فعله في سني حياته الأولى، لكنه يتذكر بمرارة أن إحساسا بالخوف من أن يخطئ أوأن يهمل كان يعذبه لفترات طويلة في سني حياته الأولى (حتى السنة العشرين) ولكنه استطاع بالحرص على إتقان ما يعمل أن يهمش ذلك الشعور، حتى أصبح لا يفاجئه إلا في اختلاءاته النادرة بنفسه هذه الأيام!

وانتقل إلى الطبيب النفسي الإحساس بأن من يحدثه هو واحد من زملائه الأطباء؛ لكنه تنبه إلى أن من يحدثه هو واحد من مرضاه... محاسب لا طبيب!! وهو ما يقابل التشخيص «شخصية قسرية»، لا بل اضطراب شخصية قسرية؛ أو وسواسية قهرية كما يسميها البعض، ومعروف عن هؤلاء المرضى كما هو عن أصحاب هذه الشخصية ـ حتى إن ظلت تعيش صفاتها في نجاح مع أحداث حياة الإنسان فلم تصل إلى الحد الذي تعتبر فيه شخصية مضطربة لكي يشخصها الطبيب النفسي اضطراب شخصية وسواسية قهرية! ـ معروف عمن لديه ولو حتى بعض سمات هذه الشخصية أنه لا يريد أن يترك حتى التحكم في موقف الطب والمرض للطبيب!، وهو عندما يشعر بقوة من أمامه وضعف ما لديه يلجأ أحيانا إلى التفاوض والرضا بأن يترك له بعض التحكم ويترك الباقي للطبيب! فهو لذلك يكلم الطبيب وكأنه طبيب ولوعلى الأقل حتى طبيب نفسه!.

محمود هذا.. هو النموذج الأمثل لما يسميه الطبيب النفسي «اضطراب الشخصية القسرية» فهم أناس يعيشون حياة تتركز كلها حول الانضباط والتحكم في معظم، إن لم يكن كل الأشياء، فعن تحكمهم في مشاعرهم حدث ولا حرج، وعن تحكمهم في رغباتهم حدث ولا حرج. وعن انضباطهم في كل شيء وفي كل صغيرة وكبيرة قل ما شئت، لكن الأمر بالطبع ليس كله مزايا كما يبدو للبعض، لأن الحياة مع مثل هذا الشخص ليست في حال من الأحوال سهلة أو مريحة فمن هم في وضع أولاده أو زوجته أو مرؤوسيه في العمل يعانون أي معاناة لأنه يريد من الجميع العمل بالطريقة نفسها التي يعمل هو بها. ويريد الجميع منضبطين في كل شيء وبصورة لا يتواءم ولا يتكيف معها معظم الناس.

وفي موقف المريض أمام الطبيب ترى صاحبنا يخاف من ضياع دفة التحكم من يديه، ويخاف أن يفقد السيطرة على مشاعره، وكل ذلك يجعله يلجأ في حكاية قصة أعراضه إلى ما يقارب فعل الفني في وصف الأعراض. فهو يعطي الطبيب قائمة مرتبة بالتأريخ والترتيب لما ظهر من أعراض حالته ويسردها له في دقة بتفاصيلها، وبلهجة من يتكلم عن شخص آخر يكاد يكون بعيد العلاقة عنه. كل ذلك من فرط ما يبديه من بعد عاطفي عن الموضوع الذي يحكيه. أما إذا قرر أخيرا أن يمنح دفة التحكم في الموقف إلى غيره أو

إذا وجد نفسه مضطرا لذلك بمعنى أدق فإنه مريض مثالي من ناحية التزامه بتعليمات الطبيب، خاصة إذا أعطاه الطبيب فرصة لممارسة شيء من التحكم في الموقف، معنى ذلك أنه مريض مطيع ومطبق ممتاز للتعليمات واللوائح بحرفيتها: فهل هو فعلا كذلك؟ هذا ما لا يراه بعض أطباء النفس (Theodore & Roger,1996a) و(Theodore & Roger,1996b)، حيث يرون أن صاحب اضطراب الشخصية القسرية إنما يحمل في لا وعيه رغبة في التحدي والعصيان، أي أنه يخفي صراعا في لا وعيه ما بين الطاعة والانصياع وبين التحدي والعصيان.

إذن فمن يعاني من اضطراب الشخصية القسرية هو إنسان يهتم بشكل مفرط بالتفاصيل الدقيقة لكل شيء، ويطبق النظام الصارم على نفسه وعلى غيره وإلى الحد الذي ربما يفقد الأفعال مغزاها وغاياتها، لأن خوفه من أن يخطئ يمنعه من السماح بالتساهل ولو في أضيق الحدود، فهو إنسان لا يستطيع أن يكون مرنا في كل سلوكياته وتعاملاته مع الناس و مع نفسه: و لا يستطيع أن يتفهم بسهولة كيف يستطيع الآخرون الحياة من دون انضباط! وهو بكل المقاييس شخص عنيد إلى حد ملفت وفي منتهى القسوة مع نفسه ومع الآخرين! يضاف إلى ذلك أنه دائم الانتقاد للآخرين وبلا كلل ولا ملل، مما يجعل المحيطين به دائمي الخوف من لسانه! وهو يرى نفسه مسؤولا وكفئا لتحمل المسؤولية مادام ملتزما بالقواعد واللوائح، ويعلي من قيمة هذا الالتزام ومن قيم كالولاء والصدق والمثابرة، وهو ما يفتقده في معظم من حوله من الناس، وهم بالتالي غير أكفاء لتحمل المسؤولية لأنهم لا يستطيعون الالتزام كما يستطيعه هو.

فإذا أردت أن ترى مثل هذا الشخص في موقف الضعف، فإن أضعف لحظات حياته هي تلك التي يطلب منه فيها أن يأخذ قرارا في أمر لا يستطيع التحكم فيه أو في عواقب قراره بشكل أو بآخر! فيظهر قدرا من الخوف والتردد يستغرب له الجميع! فهو لا يستطيع المغامرة ولا يستطيع الاختيار مادام بين أمرين لا يستطيع حساب عواقب كل منهما، أولا يستطيع التحكم في نتائج أي منهما: هنا تراه يؤجل ويسوف ويعطيك الإحساس بأن الأرض ستتوقف إن أخطأ في قراره.

يقول محمد غانم في وصفه لصعوبة اتخاذ القرارات عند صاحب الشخصية القهرية (محمد غانم، ١٩٩٨): «أصعب شيء لديه هو اتخاذ القرار، فلا بد من أن يفكر في أي موضوع من كل الوجهات ثم يتخذ القرار الأنسب، وربما تأخر هذا القرار وظهر التردد لأن المفاضلة ليست يسيرة، والاختيار دائما يكون صعبا. أصعب قرار لديه هو قرار الزواج، فهو قرار مصيري يتوقف عليه ما تبقى من عمره، كما أن المفاضلة بين المرشحات عملية معقدة، فكل منهن تتمتع بالعديد من المزايا التي يصعب إغفالها لكن لديها بعض العيوب التي لا يمكن تجاهلها،... فهذه جميلة ورشيقة لكنها أقل من ناحية التعليم، وتلك هادئة وملتزمة لكنها اجتماعية أكثر من اللزوم، وثالثة متدينة ومن أسرة ذات حسب إلا أنها كبيرة في السن... وهكذا يمضي أيامه وهو عاجز عن اتخاذ القرار... كلما هم بالميل إلى واحدة عطله عن اتخاذ القرار بعض صفاتها. بل إن صعوبة اتخاذ القرار التي يعاني منها صاحب هذه الشخصية أحيانا ما تبدو في أمور أبسط كشراء ملابس جديدة أو الاشتراك في نشاط رياضي أو التوجه إلى المناسبات الاجتماعية. التردد صفة من صفات الشخصية القسرية تعوق صاحبها عن اتخاذ القرار المناسب، ويستمر يفكر ويفكر وهو عاجز عن الخروج من دائرة الأفكار التي نسجت نفسها حول عقله ووقفت كحجر عثرة في طريق اتخاذ القرار... وأنت لا تستطيع أن تستصدر منه قرارا سريعا. فهو يحتاج إلى وقت دائما للتفكير العميق و المفاضلة بين البدائل...».

أما من ناحية علاقاتهم بالآخرين في المجتمع فهم أناس مؤدبون ومنضبطون إلى حد أن بإمكان من يعرفونهم أن يضبطوا ساعاتهم عليهم بالدقيقة وحتى بالثانية، وهم متدينون أيضا في كل سلوكياتهم الاجتماعية لكن طريقة علاقاتهم بالناس تختلف حسب مستوى الآخرين الاجتماعي. فمن المهم عندهم أن يكون لهم وضع ما عند رؤسائهم أو عند من يمثلون السلطة في المجتمع، وهم جاهزون للالتزام بما يريده الرؤساء ولاتباع أوامرهم إلى أبعد الحدود. أي أنهم جاهزون للطاعة العمياء مع رموز السلطة أيا كانوا. ويكتسبون بذلك وضعا مميزا في الكثير من مناحي الحياة، كما يبعدون اللوم عن أنفسهم، لأنهم يطبقون أوامر السلطة فيسرفون في قسوتهم، فهم عند التعامل مع مرؤوسيهم أوالأقل منهم في المستوى الوظيفي أوالاجتماعي

يصبحون متطرفين في قسوتهم وتمسكهم بحرفية اللوائح والقوانين، ويدافعون أيضا عن هذه اللوائح على رغم أنهم في الوقت نفسه ـ كما قلت ـ يبعدون اللوم عن أنفسهم ويرجعونه على الآخرين من رموز السلطة (Theodore & Roger, 1996b) و(Theodore, et al.,1998).

أما ما تراه في أعماق الكثيرين منهم لوأمعنت التدقيق في جوانب النفس الخفية فهو الإحساس بأنهم غير سعداء! وغير مستمتعين بنجاحهم ونتائجه في حياتهم، وبعضهم يتمنى لو كان عاش بطريقة أخرى وامتهن مهنة أخرى، ويحس بأنه كان دائما مجبرا على اتخاذ القرار الصحيح المبني على قواعد المنطق والعقل على حساب القرار الذي تشد له المشاعر والأهواء! فهم دائما اختاروا المضمون على حساب المحبوب: فلم يعيشوا ذواتهُم بقدر ما عاشوا مبادئ أو قواعد صدقوها!

وهو أيضا إنسان يعجز عن التعبير عن عاطفته تجاه الآخرين. بمن فيهم القريبون منه كزوجته وأطفاله، لأن التعبير عن الحب والعاطفة هو نوع من الخضوع لهذه المشاعر، وهو بالتالي ضعف وتفريط في التحكم والانضباط! فهو يحب كما يحب الآخرون لكنه لا يوافق بسهولة داخل نفسه على الاستسلام للحب! ثم إنه يحب التعامل مع الأشياء التي تقاس وتعد وليس مع المشاعر. ومن هنا تجيء معاناة القريبين منه فهو يحب عمله ويتفانى فيه لأن العمل يعطي نتائج تقاس ماليا ووظيفيا، ولكن الكلام عن الحب والخروج مع الزوجة والأولاد أمر مختلف، ونتائجه وفوائده لا يمكن أن تقاس أو تحكم، كما أن زيارة الأقارب أوحضور المناسبات الاجتماعية أمر لا يهم إذا ما قارناه بالعمل: هكذا يفكر صاحبنا وهكذا يتصرف: وحتى إذا حدث أن قرر الخروج إلى نزهة أو رحلة للترفيه فإنك تراه يجهز لكل شيء بشكل زائد عن الحد مما يفسد طعم الرحلة الترفيهية، وكثيرون من أصحاب الشخصية القسرية يأخذون معهم ما يمكن أخذه من أوراق العمل لإتمامها أثناء الرحلة لكي لا يضيع الوقت سدى.

ومن المهم بالطبع الإشارة إلى أن تفاني صاحبنا في العمل ليس ناتجا من حاجة اقتصادية، فالذي تكون عليه الحال غالبا هو العكس، لأن أصحاب هذا الاضطراب غالبا من كبار الناجحين في أعمالهم على اختلاف مهنهم: كما أن الكثيرين منهم يتصفون بالحرص إن لم يكن البخل في تعاملهم مع النقود وما يوازيها، فهم في المحصلة غير مسرفين وأغنياء: وهناك صفة توجد في

الكثيرين أيضا من هؤلاء المرضى وهي عدم القدرة على الاستغناء عن حاجياتهم القديمة التي لا تحمل مثلا ذكرى معينة في حياتهم: حتى وإن كانوا متأكدين من عدم حاجتهم الحالية أو المستقبلية إليها، وحتى إن كانوا متأكدين من عدم صلاحيتها لاستعمالهم.

يقول محمد غانم (محمد غانم، ١٩٩٨): «وهو منظم لدرجة يصعب تصديقها... اطلب منه أي ورقة فسوف يقدمها لك دون عناء، فكل شيء عنده مرتب في ملفات مفهرسة ومجدولة وهو لا يرمي ورقة أبدا... اطلب أي فاتورة لمشترياته من عدة أعوام... اطلب شهاداته في المدرسة الابتدائية... اطلب روشتات علاج زوجته... اطلب خطابات أصدقائه خلال سفره... اطلب أي ورقة رسمية أو عادية... لن يجد صعوبة في إحضارها من مكانها المحدد بدقة.. معاملاته المادية قاسية لأنه يقيم حسابا لكل قرش بل لكل مليم.. لا يملك البائع إلا أن يرجع له باقي الفكة. فبما أنه أخذ حقه فلماذا لا يرجع ما لا يستحقه. خاصة أنه يدون كل مشترياته بالمليم... يتهمه أولاده وزوجته بالبخل الشديد لكنه يقول لك: إنه ليس بخيلا، لكنه حريص... إنه يعرف قيمة القرش... لقد تعب في إحضاره ولابد أن يصرف في أصح وجه. ولابد من أن ندخر نقودا للزمن حتى لا نفاجأ بالاحتياج... والقرش الأبيض ينفع في اليوم الأسود...».

وأما أبو زيد البلخي (أبو زيد البلخي، ١٩٨٤) فقد ذكر بعض صفات شخصية الموسوسين وكان رائعا في قدرته على النفاذ إلى ميلهم إلى سوء التوقع فقال: «إنهم يوجدون سيئي الظنون بأنفسهم في خيفتهم عليها، مما يجب ألا يُخاف، كذلك يوجدون سيئي الظنون في مجمل أمورهم، فلا يعرض لهم أمر من الأمور الممكنة التي تتصرف على وجهين إلا ذهبت أوهامهم إلى الوجه الذي هو أصعب وأخوف، فهم دائما يتوقعون الأسوأ». ووجه الشبه كبير بين كلام أبي زيد البلخي هذا وما يناقش في الأبحاث الغربية الحديثة (Lydiard et al.,1988) و (Tallis & De Silva , 1992) أي بعد أبي زيد البلخي بأحد عشر قرنا من الزمان.

معايير التشخيص:

يظهر اضطراب الشخصية القسرية كواحد من أنواع الاضطرابات النوعية في الشخصية حسب التصنيف الأخير للأمراض النفسية والسلوكية ICD/10 لمنظمة الصحة العالمية WHO تحت اسم اضطراب الشخصية القسرية

Anankastic Personality Disorder، ويعرف بأنه اضطراب في الشخصية يحتاج تشخيصه في شخص ما (إضافة إلى توافر الدلائل التشخيصية العامة لوجود اضطراب نوعي في الشخصية) إلى وجود دليل واضح على توافر ثلاث على الأقل من الملامح التالية:

(١) مشاعر الشك والحذر الشديدين.

(٢) الانشغال بالتفاصيل، والقواعد، والقوائم، والنظام، والتنظيم، أو مخططات العمل.

(٣) الكمالية التي تتداخل مع إكمال الواجبات المطلوبة.

(٤) الدقة المفرطة والشك الشديد، والانشغال غير الضروري بالإنتاج لدرجة استبعاد المتعة والعلاقات الشخصية.

(٥) الحذلقة المفرطة والالتزام الشديد بالتقاليد الاجتماعية.

(٦) التصلب والعناد.

(٧) الإصرار غير المقبول من قبل المريض على أن يخضع الآخرون بشكل كامل إلى طريقته في عمل الأشياء، أو التردد غير المقبول في السماح للآخرين بعمل شيء.

(٨) فرض أفكار أو نزوات ملحة وغير مقبولة (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص٢١٧، ٢١٨).

وفي الدليل المصري لتشخيص الأمراض النفسية DMP-I (الجمعية المصرية للطب النفسي، ١٩٧٩ص ٦٤)، في قسم اضطرابات الشخصية والطباع ضمن اضطراب نمط الشخصية، نجد تحت عنوان الشخصية الوسواسية: «يتميز هذا النمط من السلوك بالمبالغة في الاهتمام بالأصولية، والتمسك بقيم الضمير وبحدة يقظته، وبالتالي فإن الشخص المنتمي إلى هذه المجموعة قد يبدو صلب الرأس معاقا من الداخل، شديد الشعور بالواجب والأصول، حي الضمير، وغير قادر على الاسترخاء بسهولة، كما يتميز بالدقة المتناهية والحفاظ على المواعيد وفرط النظافة والترتيب».

من المهم بعد كل هذا السرد أن أنبه إلى اعتبارين مهمين، الأول: أن كل ما ذكرته من صفات فيما سبق من وصف إذا أخذت صفة منه وحيدة فكانت صفة في شخص ما فإنها لا تعطيه التشخيص الطبنفسي «اضطراب الشخصية القسرية»، بل على العكس كثيرا ما نراها وقد أخذ الإنسان منها

جانبها المفيد وتخلص بذكائه من جانبها الضار! أما الاعتبار الثاني فهو أن الصفات المذكورة كلها يمكن أن توجد مجتمعة، ولكن بصورة مخففة، في إنسان طبيعي سليم من الناحية النفسية ولكنه شخصية قسرية متوافقة مع حياتها وناجحة في علاقاتها بالناس، ويعنى ذلك أن هناك شروطا لتشخيص شخص ما «اضطراب شخصية قسرية!»، كما ذكرت في شروط التصنيف العاشر (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص٢١٧، ٢١٨)، من أهمها أن تتسبب الصفات في إعاقة الشخص وظيفيا أو اجتماعيا، وأن تتسبب في عذاب المحيطين به وفي معاناته هو شخصيا، وكذلك أن تمثل لونا سائدا من ألوان السلوك يصبغ تصرفات الشخص في كل مواقف حياته ومنذ بلوغه أو حتى من أيام طفولته، فهذه هي الشروط الأساسية عند الطبيب النفسي لتشخيص اضطراب الشخصية أيا كان نوعه.

ومقارنة باضطرابات الشخصية الأخرى يعتبر اضطراب الشخصية القسرية واحدا من أكثرها انتشارا، حيث يبلغ معدل انتشاره ١٪ حسب الدراسات الغربية، و هو بشكل عام أكثر حدوثا في الرجال وتتراوح النسبة بين امرأة لكل رجلين وأربع نساء لكل ستة رجال يصابون بهذا الاضطراب، وتحدث كذلك غالبا في الولد الأكبر في الأسرة أكثر مما تحدث في غيره وربما كان لطريقة التربية، التي تلزم الأخ الأكبر بألا يخطئ، دور في ذلك.

نظريات عن الأسباب:

وأما عن النظريات المتعلقة بأسباب هذا الاضطراب فإن الوراثة، لا شك، تلعب دورا، فهي أكثر في التوائم المتجانسة منها في التوائم غير المتجانسة. وكذلك في الإخوة غير التوائم. ولكن النظريات النفسية، وخاصة نظرية التحليل النفسي لفرويد، لا تزال تتمتع بالكثير من الوجاهة المنطقية في تفسير تكون هذه الشخصية، حيث تعيدها إلى التثبيت في المرحلة الشرجية Anal Fixation من التطور النفسي، حيث تدور الصراعات بين الطفل وهو في السنة الثانية من عمره وبين الأم حول النظافة والتحكم في رغباته. أو بصورة أوضح حيث تتركز الصراعات على قدرته على ضبط عملية التبرز: فهنا تتجسد النظافة والتحكم والخوف من التسيب والفشل كمزايا وقدرات يحاول الطفل اكتسابها من أجل أن ينال رضى الأم والمجتمع؛ والذي يحدث أن الطفل

يتعلم أن قدرته على إمساك البراز رغم رغبته في التبرز ترضي أمه، ويكتشف بالتدريج قدرته على التلاعب بمشاعرها وإرضائها مرة وإغضابها مرة من خلال التحكم والتسيب!

وهكذا يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن الطفل بعدما كان في السنة الأولى من عمره يتبرز وقتما شاء، فإنه الآن أصبح أكبر وعليه أن يتحكم في نفسه، وأن يعلن رغبته في التبرز لكي تقوم الأم بأخذه إلى الحمام مثلا أو بتهيئة الوضع لذلك. وكثيرا ما تلاحظ الأم أن الطفل يطلب منها أن تأخذه إلى الحمام مثلا ثم لا يتبرز، وما تكاد تلبسه ثيابه حتى يفعلها، أو قد تكون الأم هي التي قررت أن يتبرز طفلها بعد تناوله للطعام، فلا يتبرز الطفل إلى أن تلبسه ثيابه فيتبرز بعد ذلك. كل هذه أفعال يفعلها الأطفال وتعتبرها بعض الأمهات عندا. وهي كما يرى فرويد عند وعدوانية أيضا تجاه الأم؛ وبعض الأمهات يقمن بضرب أو تعنيف الطفل عندما يفعل ذلك، وهو ما يؤدي إلى تثبيت النمو النفسي للطفل عند هذه المرحلة إذا حدث بصورة متكررة بحيث يؤثر في بناء الطفل النفسي. وعلى رغم أن هذا الفهم صادق عند المحللين النفسيين إلا أن هناك دلائل كثيرة متواترة على عدم صدقه.

وهناك العديد من البرامج النفسية لتعليم الأمهات الطريقة السليمة لتدريب الطفل على عادات التبرز السليمة، بحيث لا تأخذ العملية شكل الصراع بقدر ما تأخذ شكل التشجيع للطفل على التعلم، وعلى التحكم في أفعاله التي تولد لا إرادية ثم مع تطور ونمو الجهاز العصبي يصبح من الممكن أن تكون إرادية، فيصبح بإمكانه الالتزام بقيم المجتمع البشري، وكل هذه البرامج إنما وضعت من أجل تفادي حدوث التأثير السيئ لقسوة الأم أو استعجالها في تدريب طفلها، الذي حذر منه أصحاب مدرسة التحليل النفسي، وعلى رأسهم سيجموند فرويد نفسه.

ومن المعروف طبيا أن التحكم الفسيولوجي في عملية التبرز يكون، عند الولادة حتى منتصف السنة الثانية من العمر، مقتصرا على جدار المستقيم والأعصاب التي تنقل الإحساس منه إلى المنطقة العجزية من النخاع الشوكي عندما يمتلئ المستقيم بالفضلات، ومن هذه الأخيرة تنطلق الإشارة العصبية عائدة إلى جدار المستقيم لينقبض ليفرغ ما فيه، وإلى صمام فتحة الشرج لينبسط ويتسع، فتحدث عملية التبرز بغض النظر عن الظروف أو التوقيت أو

المحيطين بالطفل. وأما ما يحدث في الكبار أو الذين يستطيعون التحكم في عملية التبرز فهو أن المركز العصبي الموجود في الجزء العجزي من النخاع الشوكي لا يتخذ القرار من تلقاء نفسه. وإنما يبعث استشارة عصبية للقشرة المخية كما لو كان يسألها: «هل يا ترى تعتبر الظروف مناسبة للتبرز؟»، فإن أجابته القشرة المخية بـ «نعم»، بمعنى أن الإنسان الآن وحيد مثلا في دورة المياه، وقد خلع ملابسه، أصدر الأمر بانقباض جدار المستقيم و انبساط الصمام الشرجي، وإن أجابت القشرة المخية بـ «لا»، فالإنسان الآن في الشارع مثلا أو في غرفة النوم أو في الطريق إلى دورة المياه، فإن المركز العجزي يصدر أمرا عكسيا بانبساط جدار المستقيم و انقباض الصمام الشرجي حتى تتغير الظروف و تصبح مناسبة للتبرز!

معنى ذلك أن الطفل دون السنتين أوالسنة والنصف من العمر. لا يكون جهازه العصبي متطورا بالشكل الكافي لتمكينه من التحكم في عملية التبرز وضبطها حسب مقتضيات الموقف الاجتماعي أو الأسري، كما أن هناك بعض الأطفال يتأخرون عن غيرهم، لأن هناك فروقا فردية في كل شيء يتعلق بالنمو النفسي والعصبي في الأطفال، المهم أن بعض الأمهات لا يدركن ذلك أو يحاولن إسراع قدرة الطفل على ضبط هذه العملية. إما لرغبتهن في الإحساس بأن الطفل كبر بسرعة، وإما لأنهن مهتمات بالنظافة أكثر من اللازم. أو لأنهن مشغولات. وإما لأنهن أنفسهن مريضات بالوسواس القهري أو اضطراب الشخصية القسرية. فتكون عملية تنظيف الطفل مرهقة لهن بشكل كبير، ويحاولن بالتالي الإسراع بتدريب الطفل على إعلان رغبته في التبرز أو الدخول إلى دورة المياه إن كان يستطيع السير. فإذا تصادف أن تستعجل الأم أو أن تكون قاسية وتستخدم العقاب، مع كون الطفل متأخرا إلى حد ما في تطور جهازه العصبي نشأت عن ذلك مشكلات تؤدي - حسب نظرية التحليل النفسي - إلى التثبيت عند المرحلة الشرجية من النمو النفسي. وهذا هو السبب الذي يؤدي، حسب هذه المدرسة، إلى تشكل السمات القهرية في الشخصية كالعناد والاهتمام الزائد بالدقة والانضباط والنظافة والتحكم والحرص أو البخل وغيرها(وائل أبو هندي. ٢٠٠٢).

ومن المهم أن أشير إلى أن هذا التفسير أوالتحليل الذي تقدمه مدرسة التحليل النفسي إنما هو في النهاية تصور قد يصدق وقد لا يصدق، ولم تجر حتى الآن دراسة لإثباته، اللهم إلا بعض الدراسات التي تبحث عن الأسباب

من خلال التذكر والمريض في سن الشباب أو الكهولة، أي أنها دراسات استرجاعية Retrospective Studies، ومصداقية هذا النوع من الدراسات مشكوك فيها بالطبع. ولا أظن دراسة تتم فيها متابعة الأطفال من سن السنتين، حتى تشكل معالم الشخصية في العشرين من العمر مثلا ممكنة، لأن اعتبارات كثيرة تمنع من ذلك. كما أن الشرح الذي تقدمه مدرسة التحليل النفسي لا يقدم شرحا منفصلا لاضطراب الشخصية القسرية كاضطراب سمات مختلفا عن شرحه لاضطراب الوسواس القهري كاضطراب حالة. وإنما يعتبر أصحاب هذه المدرسة أن هذين الاضطرابين يقعان على متصل واحد. وهو ما قد يبدو من أول وهلة لكن العديد من الدراسات العلمية الحديثة لا تؤيده (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢).

وأما من الناحية المعرفية فإن أصحاب الشخصية القسرية يختلفون من ناحية طريقة التفكير ومن ناحية الاعتقادات والأساليب التي يفهمون العالم من خلالها ويتصرفون على أساسها. ولعل المعتقد الأساسي في عقولهم هو أن الأخطاء سيئة، وأنني يجب ألا أخطئ لكي لا أكون سيئا، وطريقته في ذلك بالطبع هي محاولة الوصول إلى الكمالية في كل ما يفعل. ويطلبه من كل من يستطيع الحكم على أفعالهم، ومما وجده رواد التوجه المعرفي في العلاج النفسي (Beck, et al.,1990) في أصحاب هذه الشخصية المجموعة التالية من المفاهيم المركزية:

(١) يجب أن أعتمد على نفسي، إذا كنت أريد الأشياء أن تنجز بحق وكما يجب.
(٢) الآخرون عادة غير مبالين، وغالبا غير مسؤولين أو غير أكفاء.
(٣) من المهم أن تتقن كل شيء تفعله، أهم شيء هو الإتقان.
(٤) إن لم يكن لدي نظام محدد في كل شيء فكل شيء سيضطرب.
(٥) من الممكن أن يتسبب الخطأ البسيط في كارثة كبيرة.
(٦) يجب أن أكون متحكما تماما في مشاعري.
(٧) يجب على الآخرين أن يفعلوا الأشياء بطريقتي نفسها في فعلها.

وهل هناك من طريقة للعلاج؟

وأما ما يتعلق بلجوء صاحب هذا الاضطراب إلى الطبيب النفسي فإنه في أغلب الأحيان لا يلجأ إلى الطب النفسي من تلقاء نفسه، وإن لجأ فلأسباب أخرى مثل إحساسه مع تقدم العمر به بضعف ذاكرته مثلا، مما يسبب له

قلقا كبيرا وتوترا وخوفا من فقدان القدرة على التحكم، أو أنه يلجأ إلى الطبيب النفسي لأن أعراض اضطراب الوسواس القهري قد ظهرت عليه وسببت له الكثير من المعاناة. وهذا الاضطراب بالطبع يحدث لبعض أصحاب هذه الشخصية المضطربة عندما يمرون بفترات صعبة في حياتهم. أو ربما لجأ إلى الطبيب النفسي ليعالجه من حالة اكتئاب، لأن الاكتئاب كثيرا ما يصيب مرضى اضطراب الشخصية في منتصف العمر. و أما ما يحدث في أغلب الحالات التي تعرض على الطبيب النفسي فهو ما حدث في حالة «محمود»، وهو أن أحد المحيطين به والمهمين في حياته يضغط عليه فترة طويلة من الزمن حتى يضطر إلى زيارة الطبيب النفسي، وهو غير مقتنع بحاجته إليه!

الأدوية في مجموعها لا تفيد في حالة اضطراب الشخصية القسرية، اللهم إلا لعلاج الاضطرابات المصاحبة لها مثل الاكتئاب والوسواس القهري أو القلق، أو لتدعيم مواجهة المريض لموقف من المواقف الصعبة في حياته. أما علاج اضطراب الشخصية القسرية نفسه فلا سبيل إليه إلا من خلال العلاج النفسي المتكامل (Sperry ، 1995) والذي تدرس فيه كل حالة على حدة بوساطة الطبيب النفسي، ويتم بعد ذلك استغلال كل ما يمكن استغلاله من نقاط قوة في حياة المريض، لكي يتمكن من تغيير أسلوب حياته، وهي مهمة ليست بالسهلة لا على المريض ولا على الطبيب النفسي (Richards ،1993)، وهدفها إن أردنا لها النجاح يجب أن يكون الوصول بالمريض إلى شيء من التوافق مع متطلبات الحياة من دون أن يتخلى عن صفاته، وذلك من خلال تهذيب هذه الصفات التي هي في أصولها صفات تستطيع الحياة، بل تصل بصاحبها إلى النجاح إذا أحسن استغلالها، أي أننا نهدف من العلاج لا إلى تغيير الشخصية، بل إلى إزالة اضطرابها ليصبح المريض باضطراب الشخصية القسرية بعد العلاج صاحب شخصية قسرية متوافقة مع الحياة.

ما يحتاج إليه المريض باضطراب الشخصية القسرية هو أن يتعلم تحمل مشاعره والتي تحمل شيئا من الضعف في مضمونها، وأن يتخلص من خوفه من أن ينهار كلما عبر عنها، وأن يتعلم تحمل إمكان عدم تحكمه في الآخرين وفي المواقف الحياتية، وأن يوافق على منح الآخرين ذلك، وعلى التصرف بالشكل الذي يرونه نظير تحملهم هم للمسؤولية، وكذلك أن يتعلم تحمل

وجود احتمالات لعدم إصابة الهدف رغم دقة التصويب ولامنطقية النتائج في بعض الأحيان، لأن هناك مجهولا في معظم الأحيان، ولا بد أن يدرك أن دوام الحال من المحال، ولا بد من القبول بذلك فإذا أمكن آن يتحمل المريض هذه المشاعر والأفكار، فإن شخصية قهرية متوافقة مع الحياة تكون هي الناتج لعملية علاج نفسي ناجحة.

في بداية العلاج النفسي يظهر المريض بشكل يسر الطبيب النفسي، لأنه مريض ملتزم مرتب دقيق في مواعيده، ومتفان في أداء ما يطلبه منه الطبيب، وفي الالتزام بما يتفق الطبيب معه عليه، حيث يهتم المريض، خاصة في بدايات العلاج، بأن ينال حظوة لدى طبيبه، وغالبا ما يستطيع، لكن الذي يتضح بعد فترة من العلاج أن طاعتهم الواعية للطبيب مصحوبة بعصيان غير واع له - أي في لا وعيهم - فهم كما ذكرت يعيشون ذلك الصراع بين الطاعة والعصيان في معظم نواحي حياتهم، إن لم يكن فيها كلها، والعلاج النفسي بالطبع ليس استثناء!

ثم إن التزام المريض يقابله بالطبع توقع لالتزام أكبر من الطبيب النفسي، وتنازل المريض عن التحكم للطبيب إنما يمثل في الحقيقة عبئا كبيرا يضعه على الطبيب، معنى كلامي أن خطأ الطبيب النفسي، ولو حتى كان على مستوى نسيان واحدة من التفاصيل الدقيقة التي يذكرها له المريض: هذا الخطأ إذا حدث فإن إصلاحه صعب للغاية، ولابد بالتالي لمن يقدم من الأطباء النفسيين على التصدي لعلاج مثل هذه الحالة آن يكون مستعدا للكثير من الالتزام والدقة والحرص على آن يكون طبيبا مثاليا، وأن يتذكر ذلك كلما آحس بضغط العملية العلاجية عليه (وائل آبو هندي، ٢٠٠٢).

إذن من هو صاحب الضمير اليقظ Conscientious Personality؟

لابد قبل آن أختتم هذا الفصل من آن أجيب عن هذا التساؤل الذي يجيء في موضعه في الواقع، لأن الشخصية التي تتجمع فيها معظم صفات الشخصية القسرية التي ذكرت الكثير عنها منذ قليل، ولكن بصورة مخففة، ومع قدر مناسب من المرونة، ومن دون إهمال لمشاعر الآخرين ومشاعر النفس، إنما هي الشخصية التي نصف صاحبها بأنه صاحب ضمير حي، فبماذا يتصف صاحب الضمير الحي الذي نقابله في أي مكان كل يوم وفي كل مكان (Oldham & Lois ,1995):

(١) الجدية في العمل والإخلاص فيه بل والتفاني، مع القدرة على الاعتماد على النفس.

(٢) الرغبة في أن يكون صادقا ونظيفا في كل ما يفعل، وفي كل ما يقول، وفي كل ما يعتقد.

(٣) الرغبة في أن يفعل ويتصرف في كل شيء بالطريقة الصحيحة، بدءا من كيف يغسل وجهه في الصباح، إلى كيف يحقق أهداف رئيسه في العمل، بحيث يتوافق في كل ذلك مع ما يعتنق من مبادئ.

(٤) الرغبة في إتقان أفعاله تطلعا إلى الكمالية والوصول إلى حالة اللاخطأ.

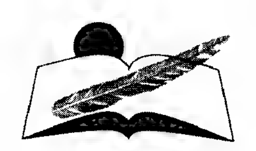
(٥) التمسك بالمبادئ والآراء، بل وزيادة التمسك بها، كلما حاول الآخرون ثنيه عن ذلك.

(٦) حب النظام والدقة، والإلمام بالتفاصيل في كل شيء، مهما كان الشيء بسيطا في نظر الآخرين.

(٧) الحكمة والتعقل والاقتصاد والحذر، والنظر في عواقب الأمور جيدا في كل تصرف، وفي كل قرار هو شخص لا يندفع ولا يخاطر.

(٨) الاحتفاظ بالأشياء التي كانت لها أهمية، أو التي قد تكون لها أهمية يوما ما، مما قد يتسبب بشكل أو بآخر في تراكم الأشياء لديه مثل الأوراق والفواتير مثلا.

إذن فعلامة اضطراب الشخصية القسرية ليست أبدا وجود صفة أو سمة من السمات التي ذكرتها في هذا الفصل، حتى إن كانت صفة قوية الأثر في الشخص (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢)، وإنما العلامة هي أن توجد مجموعة من هذه الصفات، إضافة إلى عدم المرونة والاستمرارية، من دون اعتبار للمواقف الحياتية التي كثيرا ما ترغمنا على التخلي عن آرائنا ومثلنا من أجل ما نراه الأهم والأولى في الموقف المعين، عدم المرونة إذن هو الذي يخيف.





11 التدين والوسوسة

في الواقع أن مبحث العلاقة بين التدين والوسوسة إنما يمكن السير فيه في ثلاثة اتجاهات: الأول، هو ذلك الهجوم الماكر الذي قام به سيجموند فرويد حين قال عن الدين «إنه وسواس الشعوب»، بمعنى أنه عصاب وسواسي عام يشترك فيه المؤمنون جميعا، وعن عصاب الوسواس القهري أنه دين من نوع خاص يعتنقه الشخص العصابي، وتلا ذلك ردود قام بها الغربيون من الفلاسفة وعلماء النفس والاجتماع حاولوا جميعا أن يثبتوا خطأ وجهة نظر فرويد تلك؛ لكن معظمهم سقط في فخ خبيث، جعل من نقدهم لرأي فرويد في العلاقة بين الأديان والوسوسة دعائم جديدة لرأيه ذاك، وكان هذا الفخ أن كل واحد من هؤلاء الذين ردوا على فرويد وقف يدافع عن دين الطائفة التي ينتمي هو إليها، ولم يجد غضاضة في اعتبار كلام فرويد ينطبق على أصحاب الديانات أو المذاهب الأخرى ـ أو بكلمات أخرى وقف كل واحد منهم يدافع عن طائفته الدينية ويتهم الطوائف الأخرى، بأنها ربما انطبق عليها قول فرويد (Pruyser, 1971) ـ وينبع من هذا المبحث أيضا

«إن الفروق بين الطقوس القهرية لمرضى اضطراب الوسواس القهري وبين الطقوس الدينية أكثر بكثير من نقاط الشبه بينهما».

المؤلف

مناقشة العلاقة بين سمات الشخصية القسرية وبين التدين (Lewis ,1994)، وتوضيح ذلك مهم جدا في رأيي لأن بعض الباحثين حاولوا أن يربطوا بين أعراض اضطراب الوسواس القهري وبين التربية الدينية الإسلامية (Stern & Cobbs ,1978) و(Greenberg ,1984) و,Khanna & Channabasavanna 1988) و(Okasha et al.,1991)، وهذا أمر يحتاج إلى الكثير من المناقشة كما أن هناك من الغربيين من يدخلون الإيمان بالغيبيات الدينية. وغيبيات ما وراء الطبيعة كلها Metaphysical ، تحت مفهوم التفكير السحري أو الخيالي Magical Thinking الذي تتميز به طريقة تفكير الكثيرين من مرضى اضطراب الوسواس القهري. والاتجاه الثاني هو مبحث التغيرات العصبية الدماغية المصاحبة للخبرات الدينية. وما يظهر فيه من تداخل بين المناطق التي يحدث تغير في نشاطها أثناء أداء الشعائر الدينية والمناطق التي يعزى حدوث الوساوس والأفعال القهرية إلى اضطرابها وظيفيا أو تركيبيا، وقد أجريت دراسات لتصوير المخ بالتقنيات الحديثة مثل التصوير الطبقي للدماغ بقذف البوزيترون Positron Emission Tomography في كل من الحالين. أما الاتجاه الثالث الذي يجب السير فيه فهو خاص، إلى حد كبير، بنا كمسلمين: لأن الوسوسة عندنا قد تعني التشدد في الدين. أي أن لها معنى آخر بعيدا أحيانا عن المرض النفسي عامة. وقريبا أحيانا من اضطراب الشخصية القسرية. ونادرا من أعراض اضطراب الوسواس القهري نفسه. كما أنني سوف أورد بشيء من التفصيل رسالة شيخ الإسلام موفق الدين بن قدامة المقدسي (٥٤١- ٦٢٠هجرية) والتي كتبها في ذم الموسوسين.

الاتجاه الأول: مقابلة فرويد بين الطقوس الدينية والطقوس القهرية

عبر فرويد (Freud ,1907) عن وجهة نظره في الطقوس القهرية التي يقع مريض اضطراب الوسواس القهري فريسة لها. فقد كان فرويد يرى أن هناك ما هو أعمق من التشابه الظاهري ما بين الشعائر الدينية والطقوس القهرية لدى مرضى العصاب القهري فهم يمارسون هذه الطقوس بطريقة دقيقة وكأن قانونا مستترا يتحكم في طريقة ممارستهم لهذه الطقوس بالرغم من أنها تبدو للآخرين - وربما للمرضى أنفسهم - عديمة المعنى وكذلك يبدو الالتزام بدقة تنفيذها، لكن لا مفر للمريض من الانصياع لها لكي لا يعذبه

القلق الناتج عن إهماله لهذه الطقوس. وينتج عن ذلك بعد فترة من المرض أن تصبح الطقوس القهرية تلك متسمة بما يشبه القداسة لدى المريض. ثم يقرر فرويد أن أي نشاط يقوم به الإنسان بشكل متكرر وبصورة دقيقة حسب قواعد معينة وثابتة يمكن أن يصبح فعلا قهريا ما دام بعيدا عن المنطق، أي ما دام الشخص لا يعرف تفسيرا منطقيا لالتزامه بحرفية الأداء غير الخوف والقلق إذا لم يلتزم وبكل ما يستطيع من دقة، فإذا أردنا أن نقارن ما بين الطقوس القهرية وبين الشعائر الدينية فإننا سنجد نقاط تشابه ونقاط اختلاف، فأما نقاط التشابه فهي:

١- وخزات الضمير والخوف والقلق الذي ينشأ عن إهمال أو عدم الأداء الدقيق لأي منهما فأنت إن لم تقم بأداء شعيرة دينية مفروضة عليك كالصلاة مثلا في ميقاتها سوف تحس بوخز الضمير وبالقلق والشعور نفسه ينتاب الشخص الموسوس إذا لم يلتزم بأفعاله القهرية.

٢- كون هذه الأفعال مشروطة بتفرغ الشخص ذهنيا وجسديا لها عند أدائها فلا يجوز أن تقطع الشعيرة الدينية لتفعل شيئا آخر، أي أنه لابد من إتمامها أولا قبل البدء في عمل آخر كما لا يجوز أن تفكر في شيء سواها في أثناء أدائك لها. وهذا ما نجده في الأفعال القهرية أيضا.

٣- الاهتمام المفرط بحرفية الأداء للتفاصيل الصغيرة للشعائر الدينية والذي يشبه أيضا الاهتمام المفرط بحرفية الأداء للتفاصيل الصغيرة للطقوس القهرية.

وكلام فرويد هذا كلام منطقي وواقعي أيضا ولكنه يقف عند حدود المشاهدة من الخارج فيما يبدو! ... وأما نقاط الاختلاف كما رآها فرويد فهي:

١- كون الطقوس القهرية متباينة تباينا شديدا من حيث الشكل بينما يوجد ما يربط بين طريقة الأداء وتوجه الشعائر الدينية كلها في معظم الديانات.

٢- تؤدى الشعائر الدينية عادة في العلن. بينما تؤدى الطقوس القهرية في أغلب الأحيان في إطار من السرية والخصوصية نظرا لخوف الشخص من أن يسخر منه الآخرون.

٣- تبدو الطقوس القهرية في معظم الأحيان أفعالا حمقاء بلا معنى ولا مغزى مقارنة بالسمو الروحي والفكري العقدي الرمزي الذي تضفيه الشعائر الدينية على المؤمنين بها حين يمارسونها.

إلا أن فرويد بعد ذلك يعود إلى نفي بعض نقاط الاختلاف تلك، حين يقول إن المحلل النفسي يستطيع أن يستنتج المعنى الخفي للأفعال القهرية ولتفاصيلها: لأنها ذات معنى ومغزى للمريض حتى وإن لم يكن هذا المعنى موجودا في وعيه: أي أن فرويد يريد أن يقول إن الأفعال أو الطقوس القهرية والشعائر أو الطقوس الدينية هما في حقيقة الأمر شيء واحد. لكنه لا يقول ذلك صراحة وإنما يقول في النهاية أن الطقوس القهرية في مريض العصاب القهري (اضطراب الوسواس القهري) هي صورة زائفة أو محاكاة ساخرة للشعائر الدينية. ثم يعود فرويد مرة أخرى لعقد المقارنة بين الشعائر الدينية والأفعال القهرية فيقول إن من شروط المرض في العصاب القهري أن المريض يفعل أفعاله القهرية دون أن يكون على دراية تامة بسبب فعله لهذه الأفعال بهذه الطريقة، فهو لا يفهم المعنى الموجود في لا وعيه بالطبع. الذي يخدم حسب نظرية التحليل النفسي دوافع واندفاعات لا واعية. الشيء نفسه يحدث في ممارسة الشعائر الدينية. فالمؤمن التقي العادي لا يشغل نفسه بمعرفة الحكمة من أدائه لطقوس دينه بشكلها الذي تؤدى به رغم إمكان وجود تفسير لها عند رجال الدين أو المتفقهين فيه، ولعله يكتفي بأي معنى رمزي لها في وعيه.

وبعد ذلك يناقش فرويد دوافع مريض العصاب القهري فيضع افتراضا لوجود ثلاثة دوافع لدى كل من الشخص المتدين ومريض العصاب القهري، ففي حالة مريض العصاب القهري:

١ـ هناك إحساس غير واع بالذنب مصدره الأحداث النفسية التي مر بها المريض في طفولته المبكرة. ويتجدد هذا الإحساس غير الواعي بالذنب بسبب الأحداث النفسية الداخلية أو الخارجية.

٢ـ تسبب الأفعال القهرية قلقا مترصدا أو متربصا بالشخص (كلما أهمل أو تهاون في أدائها). مما ينتج توقعا لسوء العاقبة كنوع من العقاب على الأخطاء التي وقع فيها.

٣ـ تظل الرابطة بين سبب استثارة القلق والخطر الناجم عن ذلك السبب مختفية عن وعي المريض وهو بالتالي لا يستطيع التعامل مع الأمر بصورة منطقية. فيلجأ لا وعيه Unconsciousness إلى استخدام الحيل الدفاعية (أو ميكانزمات الدفاع) Defense Mechanisms لتجنب خطر القلق.

وهذا بالطبع وصف صحيح لما يعانيه مريض اضطراب الوسواس القهري. لكن التفسير الذي يقدمه فرويد من حيث ربطه للوساوس بالإحساس بالذنب وبالغريزة الجنسية المكبوتة يظل غير مثبت ويحتاج إلى البرهان: وأما في حالة الشخص المتدين فيقول فرويد:

١- هناك إحساس بالذنب كما هو واضح ومؤكد في مشاعر المؤمنين الأتقياء، لأنهم يرون أنفسهم مذنبين ويؤمنون في قلوبهم أنهم كذلك، وحالهم يرثى له «إلا أن يرحمهم الله بالخلاص».

٢- وينتج عن ذلك الإحساس الدائم بالذنب نزوع إلى ممارسة شعائر دينهم بورع ويستهلون أفعالهم اليومية بذلك، وكأنهم يقاومون إحساسهم بالذنب ويضرب المثل هنا بذكر الله قبل الأكل مثلا.

٣- ويعزى كل تعهد مبالغ فيه بإقامة شعائر دينية معينة إلى قيمتها الدفاعية أو إلى الحماية التي تقدمها للشخص المؤمن. ويضرب فرويد مثلا بالصلاة من أجل حفظ الرب للمؤمن.

ويستمر فرويد بعد ذلك في تقديم التحليل النفسي لعصاب الوسواس القهري حيث تكون الاندفاعات الجنسية الدفينة هي المحرك الأساسي لحيلة الكبت Repression الدفاعية. ولكن هذه الحيلة لا تنفع فيلجأ اللا وعي إلى محاولات أخرى مستخدما حيلا دفاعية أخرى مثل حيلة العزل Isolation ومثل حيلة التكوين العكسي Reaction Formation ولكن كل ذلك لا يفلح في إزالة أعراض المريض القهرية والتي تصبح في النهاية هي الحل الوسط Compromise الذي يحمي المريض جزئيا من القلق من خلال أدائه للطقوس القهرية: ثم يحلل فرويد فكرة الدين بالطريقة نفسها مع ملاحظة اختلاف الغرائز التي يختص الدين بتهذيبها عن تلك التي ينشأ منها العصاب (والتي هي جنسية تماما حسب نظريته) وهي كذلك متعددة وليست غريزة واحدة كما في العصاب ولكنها اندفاعات غريزية مرتبطة بالأنا Egoistic، يتدخل الدين لتهذيبها وقمعها وينتج عن ميل الشخص المؤمن لطاعة اندفاعاته تلك إحساس بالذنب والخوف من العقاب الإلهي وتنتج كذلك رغبة في المقاومة لهذا الميل وتصبح ممارسة الشعائر الدينية هنا بمثابة الحل الوسط أيضا.

ونستطيع في النهاية إجمال الاستنتاج التالي: فقد رأى فرويد أن وجه الشبه الرئيسي بين الوسواس القهري والممارسات الدينية هو: أن التخلي عن الاندفاعات الغريزية للنفس البشرية يمثل النقطة التي يبدأ منها كل من الطقوس القهرية والطقوس الدينية، ولكن هناك فرقا جوهريا في نوعية الغرائز التي يعنى بها الدين، فهي متعلقة بالأنا أو بتنظيم حياة الإنسان في مجموعها، بينما يقتصر الأمر على الغريزة الجنسية في حالة العصاب؛ وعليه فكما كانت ممارسة الطقوس القهرية هي الحل الوسط الذي تصل إليه النفس حسب رأي مدرسة التحليل النفسي للتخلص من القلق والخوف، فإن ممارسة الشعائر الدينية هي أيضا الحل الوسط الذي يصل إليه المتدين للتخلص من إحساسه بالذنب والخوف من عقاب السماء. إذن ما فعله فرويد لم يكن أكثر من رأي رآه هو يمثل فهمه للأديان ـ من خلال نظريته التي حاول من خلالها أن يفسر كل ما يستطيع تفسيره من معطيات الحضارة البشرية ـ لم يكن فرويد رجلا متدينا بالطبع وكان يعيش في عصر كان التوجه الغربي العام فيه يبتعد عن الإيمان بالأديان وكانت الفرقة بين العلم والكنيسة ما تزال إلى حد ما موجودة في أذهان الكثيرين من معاصريه، كما أن بعض الحالات القديمة للموسوسين من المسيحيين المتدينين كحالة وليام الشهيرة التي كانوا يسمونها ميلانكوليا دينية Religious Melancholy حيث كان هذا المسيحي المتدين يجد نفسه مضطرا لقراءة الكتب الدينية نفسها كل يوم لمدة ثلاث ساعات ثم زادها إلى ست ساعات يوميا ووصل في النهاية إلى أنه لم يكن يفعل شيئا في حياته إلا قراءة الكتب نفسها كل يوم! كل هذا الموروث الثقافي كان في ذهن فرويد بالطبع، كما كان هناك في ذلك الوقت نزوع لمحاولة تفسير كل شيء من خلال أي نظرية فلسفية أو اجتماعية تنشأ في ذلك الوقت ولم يكن التوجه نحو محاولة التكامل بين الأفكار وقبول التعدد الفكري والثقافي قد أخذ مكان الصدارة في الفكر الغربي في ذلك الوقت، ومن ينظر بعيني رجل يؤمن بكل ما هو محسوس بالحواس البشرية الخمس في كل شيء، ولا يؤمن بوجود لما وراء الطبيعة خارج حدود نظريته بالطبع، من ينظر بهذين العينين إلى من يلتزم بتعاليم دينه التي يفرضها عليه إله لم يره ويمارس شعائر دينه لأنه يؤمن بأنها لابد أن تمارس كذلك، وإن لم يفعلها يحس بالخوف والقلق لا بد أن يرى تشابها ما بينه وبين مريض الوسواس

القهري؛ أنا بالطبع لا أبرر وجهة نظر فرويد ولا حتى ألومه عليها لأنني لا أراها إلا متماشية مع توجهاته وعقيدته التي وضعها لنفسه، وهو حر في ذلك، لكنني أؤكد أن إفراغ حياة أي إنسان منا من الإيمان بوحدانية الخالق وعبودية المخلوق الذي سيسأل أمام الخالق يمكن أن يحول حياة الإنسان كلها إلى مجموعة من الأفعال القهرية (محمد حافظ الأطروني،٢٠٠٢) لأنه يفقدها المعنى ولا يقتصر الأمر هنا على الشعائر الدينية بل إنني أمده إلى كل الأفعال التي نفعلها لأنها تكون بلا معنى، ما لم يضع الإنسان في ذهنه، وفي روعه، أنه محاسب أمام الله سبحانه وتعالى، وأنه يعيش هذه الحياة كمرحلة من وجوده وليست كل وجوده كما كان ينطلق فرويد.

وأما عن العلاقة ما بين التدين وسمة الوسوسة كسمة من سمات الشخصية القسرية فإنها موضوع أجري فيه العديد من الدراسات (Greenberg ,1984) و (Lew- is ,1994) و(Lewis ,1999) و (Kendler et al.,1999)، وثبت بالفعل وجود علاقة ارتباط ما بين هذين البعدين من أبعاد الشخصية، كما ثبت أن العلاقة ليست بين التدين وأعراض اضطراب الوسواس القهري (Lewis ,1994)، بل إن الفروق ما بين الطقوس القهرية لمرضى اضطراب الوسواس القهري وبين الطقوس الدينية أكثر بكثير من نقاط الشبه بينهما (Jensen,1990)، ولا أدري ما الذي يجعل بعض الباحثين يربطون بين التنشئة الدينية في المجتمع المصري وأعراض الوسواس القهري (Okasha et al.,1991) و(Okasha et al.,1994) و(Okasha ,2001)، بينما الأمر يتعلق أكثر بسمات الشخصية القسرية. ويبدو أن تداخلا في القياسات النفسية المستخدمة في الدراسة قد حدث بين أعراض الشخصية القسرية وبين أعراض الوسواس القهري ولم ينتبه إليه الباحثون، أما أن يكون للتنشئة الدينية دور في تشكل سمات الشخصية القسرية فهذا أيضا أمر قد يبدو لأول وهلة متوقعا. لكننا ليست لدينا الدراسات التي تكفي نتائجها لإثباته، ولعل الأسباب التي تجد لها الدعم الكافي علميا لتشكل هذه السمات من سمات الشخصية قد ذكرت من قبل في الفصل السابق.

ويدخل الباحثون الغربيون موضوعا آخر متعلقا، من وجهة نظرهم، بالاستعداد للإيمان بالخرافة وتصديقها، وهم يربطون ذلك أحيانا بسمات الشخصية القسرية وبالتدين وينفون ذلك الارتباط في أحيان أخرى. فهل

هناك نوع ما من العلاقة بين القسرية أو القهرية في السلوك البشري وبين الإيمان بالخرافات؟ والحقيقة أن هناك اختلافا في الآراء ما بين الدراسات والأبحاث المختلفة، فهناك من رأوا أن العلاقة بين السلوك القهري والإيمان بالخرافة علاقة غير مباشرة في أحسن الأحوال (Leonard et al.,1990)، وهناك من رأوا أن العلاقة بين هذين النوعين من السلوك هي علاقة أكيدة (Frost et al.,1993). إلا أن الاستعداد للإيمان بالخرافات في واقع الأمر يمكن أن يكون موجودا عند جميع الناس ممن لا يعانون من أي اضطرابات نفسية ومن ذوى الاضطرابات النفسية المختلفة ومن أصحاب اضطرابات الشخصية المختلفة ومن أصحاب الشخصيات المختلفة وسمات الشخصيات المختلفة وهناك من يربطون بين بعد الاستعداد لتصديق الخرافات خاصة التفاؤل والتشاؤم، وهو موضوع حديثنا هنا، وبين كون أداء الشخصية ضعيفا بوجه عام (Tobacyk & Shrader, 1991)، وهناك أيضا من يركزون على أهمية الإيمان بالخرافة في تطور المجتمعات البشرية كلها وفي تطور علم النفس نفسه (Smith, 1992).

ولكن العلاقة الأكيدة في رأيي الشخصي هي ما بين السلوك القهري أو الأفعال القهرية وبين نوع من التفكير يسمونه بالتفكير الخيالي أو السحري Magical Thinking وهي طريقة تفكير يتسم بها بالفعل الكثير من الموسوسين حيث تراهم يبالغون في توجسهم من عواقب عدم استجابتهم لأفعالهم القهرية، أو تراهم يفسرون الرابطة بين ما يفعلون من طقوس وبين ما هي مفعولة لأجله بطريقة مخالفة للمنطق، وإذا ضربت هنا بعض الأمثلة فإن الأمر سيتضح:

١ـ أذكر واحدا من مرضاي الموسوسين كان يصر على أن التزامه بارتداء جاكت من الصوف في قيظ الصيف هو الضمان الوحيد لكي لا تصاب ابنته الموجودة مع زوجها في إحدى دول الخليج بالتهاب رئوي!

٢ـ وآخر كان يؤكد أنه لابد أن يتلو أدعية معينة ٢٠ مرة يوميا لتبقى أمة الإسلام في كل مكان بخير.

٣ـ وطفلا في العاشرة من عمره كان يقوم برمي كل أقلامه من الشباك ليلة الجمعة لأنه بذلك يكون قد تخلص من كل الأخطاء التي ارتكبها طوال الأسبوع ومحا أثر كل المواقف التي تصرف فيها بغباء!

ومن المشهور طبعا في الأبحاث الغربية أن علاقة ما توجد بين مرضى اضطراب الوسواس القهري وبين هذه الطريقة من التفكير لكنهم يوسعون نطاق ما يرونه تفكيرا سحريا فيضمون تحته كل ما يعزى من خلاله قدرات لقوى غيبية أو ما وراء طبيعية Supernatural or Metaphysical Powers ويضمون له بالتالي الكثير من الأفكار والمعتقدات الدينية التي تخصهم، والتي لا تخصهم، فمثلا هناك الخوف من يوم الجمعة ومن الرقم١٣ أو ما يسمونه رهبة العدد ١٣ Triskaidekaphobia أو Paraskevidekatriaphobia . ولقد قمت ببحث لأعرف المنشأ الأصلي للتشاؤم من يوم الجمعة ومن الرقم ١٣، والتشاؤم بصورة أكبر من أن يوافق أحد الجمع اليوم الثالث عشر من أحد الشهور وهو ما يحدث بالطبع ما بين مرة وثلاث مرات كل سنة، فكانت النتيجة:

١ـ معظم الأبحاث الغربية ترجع ذلك إلى ما حدث من أحداث مشؤومة سنة ١٣٠٧يوم الجمعة الذي وافق ١٣ أكتوبر في روما عندما أمر بابا الكنيسة الكاثوليكية بالاشتراك مع ملك فرنسا آنذاك بإعدام فرسان الهيكل وصلب زعيمهم.

٢ـ وبعضهم يرجعون التشاؤم من رقم١٣ إلى الحط المتعمد من قدره على يد القساوسة القدماء لأنه يتطابق مع عدد دورات الحيض الأنثوية كل سنة قمرية فكل أنثى تحيض ١٣ مرة فاعتبر القساوسة هذا الرقم رقما أنثويا ولأنه كان مقدسا في ديانات ما قبل التاريخ الوثنية التي كانت تقدس بعض الإلاهات، تعمد القساوسة ذلك.

٣ـ وعند قدماء سكان البلاد الاسكندنافية كان يشيع الاعتقاد الذي يظن أن له أصولا هندوسية بأن اجتماع ١٣رجلا في مكان واحد هو نذير شؤم لهم، خاصة في حفلات العشاء فالرجل الثالث عشر غالبا يموت خلال عام على الأكثر.

٤ـ ويوم الجمعة، حسب ترتيب الكتاب المقدس، هو اليوم الذي طرد فيه آدم وحواء من الجنة، وهو يوم بداية طوفان نوح، وهو أيضا يوم صلب المسيح، حسب المعتقدات المسيحية (Charles P. 1925) و(Chaundler, 1970) و(Leonard et al.,1990) و(Scanlon et al.,1993) و(Jack ,1994).

وواضح أن التشاؤم من يوم الجمعة ومن العدد ١٣ منتشر في البلاد الغربية إلى الحد الذي يجعل الكثيرين لا يخرجون من بيوتهم فيه خاصة إذا تصادف أن كانت الجمعة موافقة لليوم ١٣ من الشهر (Frost et al.,1993)، إذن

فلدى الناس في البلاد الغربية ما يبرر تشاؤمهم فترى الفنادق العالية تسقط الرقم ١٣ في حساب الأدوار فيكون الطابق الثاني عشر وفوقه مباشرة الطابق الرابع عشر، كما أنهم في الغالب لا يرقمون غرفة بهذا الرقم، وبعض المستشفيات الكبيرة هناك والتي تحوي العديد من غرف العمليات يفعل الشيء نفسه فيرقمون١٢ ثم ١٤ بعدها مباشرة، بل إن الناس في طول أوروبا وعرضها يرقمون المنزل الثالث عشر حسب الترتيب في معظم الشوارع بالرقم ١٢,٥ !! كل ذلك وغيره كثير بسبب التشاؤم من الرقم ١٣ والذي يجدون له أساسا في تاريخ ديانتهم.

ولعل من الملاحظات الطريفة فيما يتعلق بالرقم ١٣ أنه أول رقم مركب في العديد من اللغات ففي الإنجليزية أنت تعطي كل عدد اسما مفردا غير الاسم الذي سبقه وتفعل ذلك بدءا من العدد ١ فتقول One وحتى العدد ١٢ فتقول Twelve لكنك تغير الطريقة بعد ذلك وكأنما لا يوجد شيء أو يجب ألا يوجد شيء بعد العدد ١٢ فأنت تبدأ بعد ذلك في تركيب الأرقام من جزأين فتقول ١٣ Thirteen وهي مكونة من جزء يعني ثلاثة Three، وجزء يعني عشرة Ten، وتفعل ذلك فيما يلي من الأرقام حتى العشرين (Charles P.. 1925) لكن الأمر مختلف في العربية فنحن نبدأ في التركيب من بعد العشرة مباشرة فنقول أحد عشر واثنا عشر وثلاثة عشر، وهكذا. ولذلك كان من الغريب أن يكون هناك صدى لذلك في بلادنا العربية ولا ينتبه أحد إلى كون هذه التقاليع أو البدع مستوردة، والأهم من ذلك هو أن يوم الجمعة عند المسلمين هو يوم العيد الأسبوعي للمسلمين والأحاديث في فضله كثيرة، أذكر بعضها نقلا عن فقه السنة (السيد سابق ١٣٦٥هجرية، ص٢١٢ -٢١٤) هنا ليستعين بها الطبيب النفسي في علاج مريضه معرفيا:

١ـ عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله صلي الله عليه وسلم قال «خير يوم طلعت فيه الشمس يوم الجمعة: فيه خلق آدم عليه السلام، وفيه أدخل الجنة، وفيه أخرج منها، ولا تقوم الساعة إلا في يوم الجمعة» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، رواه مسلم وأبو داوود والنسائي والترمذي وصححه.

٢ـ عن أبي لبابة البدري رضي الله عنه أن رسول الله صلي الله عليه وسلم قال «سيد الأيام يوم الجمعة وأعظمها عند الله تعالى، وأعظم عند الله تعالى من يوم الفطر ويوم الأضحى، وفيه خمس خلال: خلق الله عز وجل فيه

آدم عليه السلام، وأهبط الله تعالى فيه آدم إلى الأرض، وفيه توفى الله تعالى آدم، وفيه ساعة لا يسأل العبد فيها شيئا إلا آتاه الله تعالى إياه ما لم يسأل حراما، وفيه تقوم الساعة، ما من ملك مقرب ولا سماء ولا أرض ولا رياح ولا جبال ولا بحر إلا هن يشفقن من يوم الجمعة» صدق صلى الله عليه وسلم رواه أحمد وابن ماجه وإسناده حسن.

٣- وعن عبد الله بن سلام رضي الله عنه قال: قلت - ورسول الله صلي الله عليه وسلم جالس - إنا لنجد في كتاب الله تعالى في يوم الجمعة ساعة لا يوافقها عبد مؤمن يصلي يسأل الله عز وجل شيئا إلا قضى له حاجته، قال عبد الله: فأشار إلي رسول الله صلي الله عليه وسلم أو بعض ساعة، فقلت صدقت أو بعض ساعة، قلت أي ساعة هي؟ قال رسول الله صلي الله عليه وسلم «آخر ساعة من ساعات النهار» قلت: إنها ليست ساعة صلاة قال: «بلى إن العبد المؤمن إذا صلى ثم جلس لا يجلسه إلا الصلاة، فهو في صلاة» رسول الله صلي الله عليه وسلم، رواه ابن ماجه.

٤- وعن أبي سعيد وأبي هريرة رضي الله عنهما أن النبي عليه الصلاة والسلام قال «إن في الجمعة ساعة لا يوافقها عبد مسلم يسأل الله عز وجل فيها خيرا إلا أعطاه إياه، وهي بعد العصر» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، رواه أحمد.

وقد أفاض ابن قيم الجوزية في كتابه (إبراهيم شوقي، ١٩٩٦) بـ «مفتاح دار السعادة ومنشور ولاية العلم والإرادة» في دحض الاعتقاد بأثر الكواكب والروحانيات في العالم السفلي وأن في اتصالها سعودا ونحوسا، وناقش مثل تلك الأقوال بالحجة والدليل والعقل مسترشدا ومستشهدا بالآيات القرآنية والأحاديث النبوية، وخلص من ذلك كله إلى أن الطالع وغيره من المعتقدات الخرافية وما يدعيه المنجمون كذب وبهتان وافتراء، والاعتقاد بها كفر وضلال.

الاتجاه الثاني: التغيرات العصبية الدماغية المصاحبة للخبرات الدينية

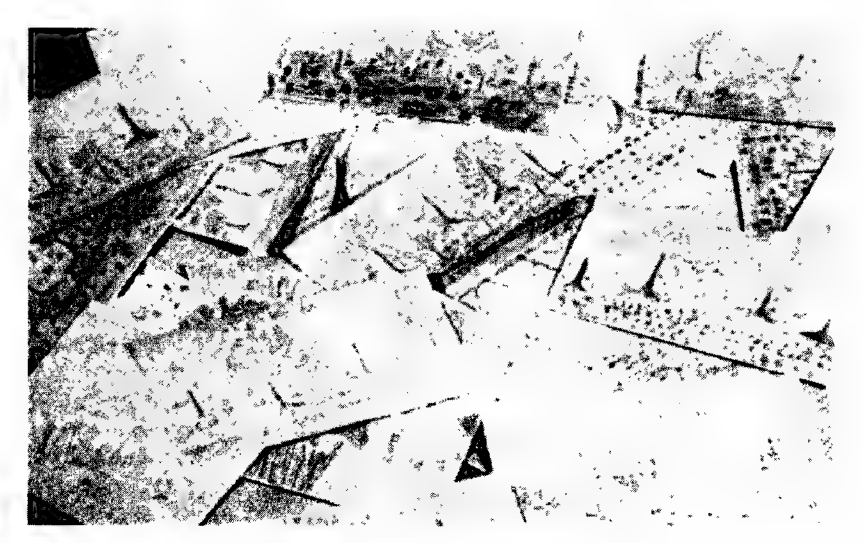
ومن المباحث الجديدة عن التدين والوسوسة مبحث التغيرات العصبية الدماغية المصاحبة للخبرات الدينية وعلاقة ذلك بالصحة النفسية فقد وجدت بعض دراسات حديثة تبحث في

هــذه النقطــة (Ashbrook & Albright, 1997) و(Saver & Rabin, 1997) و(D'Aquili & Newberg, 1999) فمن المعروف أن أهمية استخدام الدين في العلاج النفسي لم تكن من الأمور التي تخضع للدراسة العلمية إلا منذ فترة وجيـزة، وكان لكلمات فرويد على ما يبدو تأثيرها في تشكيل عقول البـاحثين من علماء النفس ومن الأطباء النفسيين، لكن ظلت هناك ملاحظات يقابلها العاملون في حقل الطب النفسي تؤكد وجود علاقة إيجابية بين التدين والصحة النفسية، لعل أشهرها هو قلة معدلات الانتحار في الأشخاص المتدينين عنها في غيرهم، لكن النقطة التي أود الإشارة إليها هنا هي هل إذا كانت الخبرة الدينية المصاحبة لممارسة شعائر الدين تحدث تأثيرا أمكن قياسه وتحديد مكانه في الدماغ بل وتصويره باستخدام تقنيات تصوير المخ الحديثة، فمثلا إذا كان تغير يحدث في التركيب اللوزي Amygdala أو الفص الجبهي للمخ Frontal Lobe ... فهل يمكن أن يكون لذلك دور في علاج الاضطرابات النفسية؟ حيث أمكن تصوير تغيرات وظيفة المخ في مناطق مطابقة لتلك التي تتغير حالتها الوظيفية أثناء ممارسة الشعائر الدينية. ولاحظوا أن ما يفعله الدواء النفسي - المحترم جدا في عصرنا هذا - هو إحداث تغيير في نشاط المخ في أماكن معينة منه، كما يتضح أكثر من مرة في الكتاب، لكنني لا أعرف من سيقوم بتمويل بحث يحاول تجريب آثر استخدام الخبرة الدينية المصاحبة لممارسة الشعائر في العلاج النفسي مع تصوير ما تحدثه من تغيرات في الدماغ.

من المعروف مثلا، أن هناك علاقة ما بين الفص الصدغي للمخ Temporal Lobe وبين التدين كما تثبت لنا متابعة عديدين من مرضى التشنجات التي يكون مصدرها هو الفص الصدغي للمخ: فبعض هؤلاء المرضى تتمثل نوبات الصرع لديهم في حالة من الوجد والنشوة الدينية أو الانجذاب الصوفي Ecstasy، وبعض هؤلاء المرضى يعانون - بعد فترة من حياتهم مع ذلك المرض - تغيرا في الشخصية (Geschwind , 1979) يتميز بزيادة الاهتمام بالأمور الدينية أو التدين المفرط Hyper Religiosity، والرسم أو الكتابة المفرطة Hypergraphia والتي يظهر فيها الاهتمام بالتفاصيل ويصف بعضهم رسومهم أو كتاباتهم تلك بأنها كتابة قهرية كما يعاني الكثيرون منهم من الوسوسة ولعل في (الشكل ١)، الذي يمثل رسوم

واحد من هؤلاء المرضى ما يبين معنى الرسم أو الكتابة المفرطة، التي تذكرنا برسوم مريض الوسواس القهري. فهناك إذن علاقة بين الفص الصدغي للمخ وبين التدين وبين الوسوسة والأفعال القهرية، وهناك من الدراسات الحديثة ما يثبت علاقة الجهاز الحوفي Limbic System - الموجود في باطن الفص الصدغي للمخ - بالخبرات الدينية، وهو المسؤول أيضا عن العديد من الوظائف المعرفية والشعورية في الإنسان... لكن من يقوم بمثل تلك الدراسة؟

وأما إذا نظرنا إلى المسارات العصبية للسيروتونين في الدماغ، فإننا سنجد أنها تشمل مناطق كالقشرة القبل جبهية Prefrontal Cortex، والنوى القاعدية Basal Ganglia، وكذلك قشرة الجهاز الحوفي Limbic Cortex، وكذلك النواة اللوزية Amygdaloid Nucleus، والتي ترتبط مع الفص الصدغي بالعديد من الوصلات العصبية التي يؤدي النشاط فيها إلى إضفاء صبغة كونية عميقة وأهمية لكل ما يحس به الشخص من حوله ويدركه وكذلك أيضا الوطاء Hypothalamus، وكلها من المناطق - التي ثبت أن لممارسة الشعائر الدينية تأثيرا فيها (Buck, 2000) (D'Aquili & Newberg, 1999)، كما أن لها تداخلا وتشابكا مع المسارات العصبية للدوبامين أيضا والذي ثبت أن لممارسة الشعائر الدينية تأثيرا فيه، أيضا كما ثبتت علاقته باضطراب اللوازم الحركية Tic Disorders وباضطراب الوسواس القهري في الأطفال، ولكل من هذه الاضطرابات علاقة بالنوى القاعدية وبالمهاد وبالمسارات العصبية Neural Circuits الموجودة ما بينهم وبين القشرة المخية الجبهية (Worthington et al.,1996) و(Posner, 1998) و(Peterson, et al., 1999)، فهل يمكن أن يكون المرء طموحا ليقول إن من الممكن إحداث التأثيرات التي تحدثها العقاقير الدوائية من خلال طرق أخرى، منها: ممارسة الشعائر الدينية؟ وليس، فيما استطعت الاهتداء إليه، من الأبحاث التي قام بها المسلمون إلا بحثا من ماليزيا (Axhar et al.,1994)، وأجري على مرضى اضطراب القلق العام مع استخدام الدواء، ومن دون تصوير وظيفي للمخ بالطبع، ولكنني أتمنى أن نستطيع إجراء المزيد من مثل هذه النوعية من الأبحاث.



الشكل (١) رسوم يدوية من مريض بصرع الفص الصدغي

ومن المناطق المخية التي ثبتت علاقتها بالخبرة الدينية وفي التوجه الديني أيضا قشرة المخ الجبهية الحجاجية Orbito-Frontal Cortex، ولها العديد من الارتباطات مع الفص الصدغي بالطبع ولكن لها العديد من الوظائف ومن هذه الوظائف ما نستطيع وصفه بالتحقق من الخطأ Error Checking، ومن المعروف أن لتغيرات نشاط القشرة الجبهية الحجاجية دورا كبيرا في اضطراب الوسواس القهري، فمن المفترض أن زيادة النشاط في هذه المنطقة يؤدي، بمرور الوقت، إلى ما يشبه تحميلها بشحنة زائدة Supercharged، تؤدي إلى وسوسة المريض باحتمال وجود خطأ ما في الأفكار حتى الدينية منها (Kolak, 1995)، وهو ما قد تكون له علاقة بنوعية الأفكار التسلطية التي تحمل معنى التجرؤ على المقدسات، أو التي يحدث فيها اجترار لأفكار تشكيكية، ربما يستسلم لها البعض من مرضى الوسواس القهري.

الاتجاه الثالث: تشدد الموسوسين في الدين وموقف الإسلام منه

وهذا المبحث خاص بنا كمسلمين: فمن المعروف أن أحد استخدامات كلمة موسوس عندنا هي شخص متشدد في الدين، والدين الإسلامي في حقيقة الأمر بعيد كل البعد عن ذلك، ولنبدأ بالتاريخ المرضي التالي:

(٢١) «غزارة الحيض وغضب الله!»

دخلت شيماء على الطبيب وهي تحمل في يدها دفترا واضح القدم ملآن الصفحات، وكتابا صغيرا فتحته على حديث رسول الله صلى الله عليه وسلم: عن عبد الله بن مغفل رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول: «سيكون في هذه الأمة قوم يعتدون في الطهور والدعاء»، صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. وقالت: أنا يا دكتور أريد أن أعرف معنى هذا الحديث وهل لذلك علاقة بما كنت أفعله طوال ثلاث سنوات، وأطلعت الطبيب على الدفتر الذي تحمله فإذا هو مزدحم بكثرة ما فيه من الكتابة، وكانت الكتابة أدعية قالت إنها معظمها من تأليفها هي حيث كانت تناجي ربها بهذه الأدعية، وكانت تقرأ كل دعاء أكثر من مائتي مرة في اليوم الواحد، لكنها الآن لم تعد تفعل ذلك، لأنها تغيرت.

وطلب منها الطبيب أن تهدأ قليلا وتحكي له الحكاية من أولها فقالت: «أنا منذ دخلت المدرسة الإعدادية وبعد وفاة والدتي، بدأت أفكر في أسماء الله الحسنى ومعانيها وكنت أقضي الليل كله أفكر في معانيها، كنت أيامها أحس بأنني لابد أن أجد في حب الله ما ضاع مني من حب عندما ماتت أمي، وكنت على يقين من أن ما أفعله سوف يقربني من الله، فكنت أقرأ الكثير الكثير من الأدعية حتى اكتسبت القدرة على تأليفها، ولكن الأمر على ما يبدو سبب لي مشكلة، لأنني كنت أفكر كثيرا فيما لا يجوز التفكير فيه، ولم أكن أستطيع منع نفسي من ذلك، كما أنني ـ كنت نتيجة لذلك ـ أفسر كل شيء في حياتي بأنه علامة على غضب الله علي لأنني ابتعدت عنه مع أنني والله كنت أدعو كل دعاء من هذه الأدعية وغيرها وكنت أصلي وأقرأ القرآن، ولكن كل ذلك لم يمنعني من أن أتشدد في تفسير ما يحدث لي، فأنا تحدث لي حالة غريبة متعلقة بالدورة الشهرية، وهذا هو خطاب الطبيبة الذي طلبت مني أن أسلمه للطبيب النفسي، وهي التي نصحتني بزيارة طبيب نفسي، أنا فسرت ذلك بأن الله سبحانه وتعالى غاضب علي ويريد أن يبعدني عنه، فلا أستطيع الصلاة ولا أستطيع قراءة القرآن، وعندما حدث لي الضعف الشديد الذي تراه أخذتني أختي الكبيرة إلى طبيبتها والتي طلبت تحليلا للدم فوجدت نسبة الهيموجلوبين تحت الحد الطبيعي بدرجتين، لقد كنت على حافة الموت وكان الكثيرون يلاحظون أنني مترددة، وشكاكة، ولا أمتلك الثقة في نفسي، مع أنني كنت واثقة جدا من نفسي ومن علاقتي مع الله، يا دكتور أنا كنت قد توقفت

عن التفكير اللاإرادي في أسماء الله الحسنى ومعانيها، وكنت أستعيذ بالله من الشيطان الرجيم ألف مرة كل يوم، وكنت طالبة متفوقة ونظيفة وعلى أكمل ما يكون الأدب، صحيح أنني لا أحب التلفزيون ولا أسمع الأغاني التي يسمونها شبابية، لكنني قرأت الكثير من الكتب الأدبية والدينية والعلمية.

أنا بدأت أعاني منذ سنين وكان الخجل يمنعني من أن أشكو لأنني لا أستطيع أن أصف معاناتي، لقد كنت أتعب بشكل غير مسبوق في المدرسة! ولم أكن أستطيع إعطاء سبب لكثرة استئذاني من الفصل أثناء الدرس للذهاب إلى دورة المياه، حتى أن زميلاتي ومدرساتي كن ينظرن إليّ باستغراب، وأنا لم أكن أعرف أن ما يحدث لي مرض! كنت أظنه غضبا من الله، ولكنني بعد هذا الدرس قررت أن أغير من طريقة علاقتي مع الله، لأنني أحس بأن خطأ ما يوجد في طريقة تفكيري، يا دكتور هل أنا موسوسة، أنا لم أبلغ السادسة عشرة من العمر بعد فهل يمكن أن أكون موسوسة، لقد كانت جدتي كذلك كما كانت تحكي لي أمي؟ وأنا كنت أعتقد أن هذا المرض يحدث لكبار السن فقط؟ ولكن لماذا كانت الحالة التي أصابتني وأورثتني فقرا في الدم، لا تحدث في البنات الصغار حتى عهد قريب، ولكنها كما قالت الطبيبة أصبحت تحدث في الصغار هذه الأيام، أرجوك أن تساعدني وأن تعطيني تفسير هذا الحديث الشريف، هل التشدد في الدين شيء مذموم؟ إنني لن أرحم نفسي إذا اكتشفت أن ما كنت أفعله ليقربني من الله كان في حقيقة الأمر يبعدني عنه!».

وهنا طلب الطبيب النفسي منها أن تطلب الهداية من الله ونظر إلى رسالة طبيبة النساء ليقرأها فوجدها كما يلي: «حالة غزارة الحيض Menorrhagia» والتي ظلت المريضة تعاني منها ثلاث سنوات ولم تشتك لأحد، لأنها كانت تخجل من الكلام في مثل هذا، وأنا أظن أن للأمر أسبابا نفسية، خاصة أنه اتضح أن سبب غزارة الحيض كان ورما ليفيا Fibroid في الرحم، في مثل هذه السن، إضافة إلى كونها يتيمة الأم، وهي تعيش مع أبيها وأخويها فقط، لأن أختها الوحيدة متزوجة في مكان بعيد، ومن الواضح أن شخصيتها غير مستقرة وعليك أنت بالباقي، وشكرا».

كانت شيماء واضحة التوتر والشحوب، كثيرة التردد والتلعثم أثناء حديثها، كما أنها عبرت أكثر من مرة عن إحساسها بأنها أخذت أكثر من الوقت اللازم مع الطبيب وأنها لابد تسببت في مضايقة المنتظرين من المرضى، وكانت تريد

الاختصار وترى أنها لا تستطيعه! ورغم طمأنة الطبيب لها إلا أنها أخبرته عن نيتها الاعتذار لمن تسببت في تعطيلهم من المرضى! وعندما سألها الطبيب عن وجود تاريخ مرضي لنوبات غياب عن الوعي أو تصرفات تفعلها وهي غير واعية تماما، أنكرت ذلك بشدة، وقالت أنها حكت كل ما لديها.

وتوضح قصة هذه الحالة نوعا من الأفكار التسلطية، هو الأفكار التسلطية الاجترارية ذات المحتوى الديني Obsessive Religious Ruminations، وكذلك تبين لنا الشكل الذي تأخذه الأفعال القهرية المشابهة للأفعال الدينية Religious Compulsions في الوقت نفسه مع معظم سمات الشخصية القسرية Compulsive Personality مع التشدد في الدين، كما توضح طريقة التفكير الخيالي أو السحري Magical Thinking، مع الإحساس المتضخم بالمسؤولية Inflated Sense of Responsibility، وبالواجب كسمات معرفية تميز هذه الفتاة، ولم تكن شيماء مستعدة في البداية لاستخدام أي من العقاقير الدوائية، ولم تكن تريد إلا علاجا نفسيا كالذي تراه في وسائل الإعلام، وبعد ثلاث جلسات علاج معرفي استطاع الطبيب النفسي إقناعها باستخدام نوع جديد من العقاقير المستخلصة تماما من عشب طبيعي ليست له آثار جانبية، واقتنعت بالفعل، وبعد أسبوعين فقط من بداية العلاج حدث ما لم يتوقعه الطبيب فقد تحسنت بشكل كبير، وجاءت لتشكر الطبيب الذي نصحها بالاستمرار على نفس الجرعة مع إتمام العلاج المعرفي، وكان من الواضح أن طريقتها في التفكير بدأت بالفعل في التغير فقد قالت للطبيب أنها مستعدة حتى لاستخدام عقار دوائي إذا رأى أنها ستحتاج إليه، وإن كانت تعتقد أن الله قدر لها الشفاء، ويوجد في هذه الحالة ما يذكر المرء بمرضى اضطرابات الفص الصدغي للمخ Temporal Lobe Dysfunction من حيث التدين المفرط والكتابة المفرطة.

ولعل في ما كتبه ابن قدامة المقدسي في رسالته في ذم الموسوسين، التي كتبها في القرن الحادي عشر الميلادي (يحيى غزاوي، ١٩٨٨) ما يبين النظرة الإسلامية الصحيحة وكيفية تناول الدين الإسلامي لما يمكن أن ينتج عن سمات قهرية في شخصية المسلم في تعامله مع آداب وواجبات وأركان الشعائر الإسلامية، أو ربما ينتج عن اضطراب شخصية قهرية أو عن اضطراب الوسواس القهري نفسه، والغرض من عرض

النصوص التالية هنا هو أنها تشكل ما يجب أن يكون الطبيب النفسي المسلم على وعي به وهو يعالج مرضاه، وقد شملت رسالة ذم الموسوسين ستة فصول:

الفصل الأول: وتناول فيه النية في الطهارة والصلاة، حيث يتشكك الموسوسون دائما في نيتهم عند قيامهم للوضوء أو الصلاة بشكل يجعلهم يتبعون الشيطان ويحيدون عن الصراط المستقيم: ويناقش ابن قدامة مفهوم النية في الإسلام فالنية محلها القلب: ولا تعلق لها باللسان وكذلك لم ينقل عن النبي عليه الصلاة والسلام، ولا عن أحد من أصحابه في النية لفظ بحال. ولا سمعنا عنهم ذكر ذلك، فكل عازم على شيء فهو ناويه وكل قاصد لشيء فهو ناويه: ولا يتصور انفكاك ذلك، لأنه حقيقتها فلا يتصور عدمها في حال وجودها؛ ومن قعد ليتوضأ فقد نوى الوضوء ومن قام ليصلي فقد نوى الصلاة ولا يكاد العاقل يفعل شيئا من عباداته ولا غيرها دون نية.

الفصل الثاني: وتناول فيه ترديد كلمات معينة من الفاتحة أو التشهد أو تكرار التكبير أو تكرير حرف أو الجمع بين قراءتين ونحو ذلك، ويتلخص الفصل في أن أحد مظاهر الوسوسة التي يعتقد الموسوسون في جدواها وضرورتها التوسوس في ترديد وتكرير الحروف والكلمات مثل تكرير بعض الكلمات كقولك في التحيات «أت أت التحي» وفي السلام «أس أس السلام»، ومثل تكرير الحرف في الكلمة بحيث يخرجها عن موضوعها كقوله في التكبير «أككبر» وفي إياك «إياكك». فهذا تكرير الكلمات غير ما في القراءة وإخراج اللفظ عن موضعه من غير ضرورة، والظاهر بطلان الصلاة به. ويستطرد ابن قدامة المقدسي لينفِّر الموسوسين من وسوستهم «فقد أفضت طاعة الشيطان إلى إفساد صلاته، واللكنة والعي وربما كان إماما فأفسد صلاة المأمومين وصار إثمهم في عنقه، وصارت الصلاة التي هي أقرب الطاعات أكثر تبعيدا له من الله تعالى من الكبائر، وما كان من ذلك لا يبطل الصلاة فهو مكروه».

الفصل الثالث: وتناول فيه الإسراف في استخدام الماء في الوضوء والغسل ويتلخص الفصل في اعتقاد الموسوسين في ضرورة الإكثار من استخدام الماء سواء في الوضوء أو الغسل بصورة مبالغ فيها تصل أحيانا إلى إعادة الوضوء والغسل مرارا وتكرارا لتشككهم في عدم إزالة الجنابة، وهذا نهى الرسول

عليه الصلاة والسلام عنه، فقد روى الترمذي عن رسول الله صلى الله عليه وسلم قوله: «إن للوضوء شيطانا يقال له الولهان فاتقوا وسواس الماء» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، ويستطرد ابن قدامة فهذه سنة النبي عليه الصلاة والسلام وأصحابه والأئمة بعدهم، وما في العدول عنهم فضل ولا لذي دين عنهم رغبة فإنهم كانوا على الصراط المستقيم، فمن أراد النجاة فليتبعهم يسعد ولا يفارق طريقتهم يتعد».

الفصل الرابع: في الزيادات عن الغسلات الثلاث؛ ويتلخص الفصل في اعتقاد الموسوسين أن الغسلات الثلاث لا تكفي للطهارة والنظافة ومن ثم يفضل أن يزيد الشخص عنها كيفما يشاء حتى يتأكد من وصوله إلى مستوى الطهارة والنظافة الذي يرضيه: وقد نهانا الرسول صلى الله عليه وسلم عن ذلك فقد روى عمرو بن شعيب عن أبيه عن جده أن رجلا أتى النبي عليه الصلاة والسلام فقال: يا رسول الله كيف الطهور؟ فوصف له الطهور ثلاثا ثلاثا إلى أن قال: هكذا الوضوء فما زاد على ذلك فقد أساء وظلم. «صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم» رواه أبو داود، وتسمية الرسول عليه الصلاة والسلام الزائد عن الثلاث مسيئا ظالما يلزم أن لا يكون ممن أحسن وضوءه فلا يدخل في من له ثواب من أحسن وضوءه بل هو خليق ألا ينال بركة الوضوء لغلوه في الدين ومخالفته سنة سيد المرسلين صلى الله عليه وسلم.

الفصل الخامس: في التشكك في نقض الوضوء بسبب توهم خروج الريح ويتلخص هذا الفصل في اعتقاد الموسوسين في انتقاض الوضوء بخروج أي خارج منه، وهنا نذكر حديث أبي هريرة رضي الله عنه حيث قال إن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: «إذا كان أحدكم في المسجد فوجد ريحا بين إليتيه فلا ينصرف حتى يسمع صوتا أو يجد ريحا» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، رواه البخاري ومسلم، ويرى أكثر الفقهاء أن من كان على طهارة فشك هل أحدث أم لا فهو على يقين الطهارة، وإن غلب على ظنه أنه أحدث وأنه لا يزول عن يقين إلا بيقين.

الفصل السادس: وتناول فيه الكثير من الأمور التي يسّر الشرع الحنيف فيها، وشدد هؤلاء الموسوسون فيها على أنفسهم وعلى من يتبعهم من المسلمين: ومن ذلك الصلاة في الخفين أو النعلين ومن ذلك أن النبي عليه الصلاة والسلام كان يصلي حيثما كان، وكان عليه الصلاة والسلام يصلي في

مرابض الغنم ويأمر بذلك، ومن ذلك أنه صلى الله عليه وسلم كان يلبس الثياب التي نسجها المشركون ويصلي فيها، وكان عليه الصلاة والسلام يجيب من دعاه فيأكل من طعامه وأضافه يهودي بخبز شعير، وكان المسلمون يأكلون من طعام أهل الكتاب؛ وكان ذلك كله بالطبع مما يرى الموسوسون عدم جوازه رغم أنه ثابت عن رسول الله صلى الله عليه وسلم.

وقد عالج الشرع الإسلامي الحنيف مسألة الوساوس والوسوسة في الدين بوسائل عديدة، منها:

أولا: بتجاهل هذه الوساوس، ومثال ذلك ما ورد عن أحد الصحابة أنه اشتكى إلى النبي عليه الصلاة والسلام ما يشبه خروج الريح. فقال له صلى الله عليه وسلم: «لا تنزع من الصلاة حتى تسمع صوتا أو تشم ريحا». «صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم»، ومثال ذلك أيضا أنه عليه الصلاة والسلام كان ينضح فرجه بالماء إذا توضأ حتى إذا وجد بللا قال «هذا أثر الماء» رواه أبو داود.

ثانيا: أن يبني الإنسان على الأكثر، وذلك خلاف القاعدة الطبيعية من أن الإنسان يبني على الأقل.. فإذا ورد في ذهنك هل صليت ثلاثا أم أربعا؟ فقل بأنك صليت أربعا وهكذا، كما جاء في فقه السنة فيما يتعلق بنواقض الوضوء تحت عنوان «شك المتوضئ في الحدث» ما يلي: إذا شك المتطهر هل أحدث أم لا؟ لا يضره الشك ولا ينتقض وضوءه، سواء كان في الصلاة أو خارجها، حتى يتيقن أنه أحدث. وقال ابن المبارك: «إذا شك في الحدث فإنه لا يجب عليه الوضوء حتى يستيقن استيقانا يقدر أن يحلف عليه، أما إذا تيقن الحدث وشك في الطهارة فإنه يلزمه الوضوء بإجماع المسلمين (السيد سابق ١٣٦٥هجرية، ج ١، ص ٣٨).

ثالثا: ذم الإسلام للمسرفين فقد قال تعالى: «ولا تسرفوا إنه لا يحب المسرفين» صدق الله العظيم، وقال تعالى «إن المبذرين كانوا إخوان الشياطين» صدق الله العظيم، والإسراف هنا، أشمل من الإسراف المادي فهو يشمل الإسراف المعنوي أيضا. فالإسراف يشمل الإفراط في السلوك، في أي جانب، من دون أن يكون لذلك حاجة واقعية (حسين علي البيات، ٢٠٠٢).

رابعا: كون الاعتدال في كل شيء هو المطلوب من الإنسان المسلم فكثير من النصوص القرآنية ومن السنة النبوية المطهرة تشير إلى ذلك يقول تعالى «وكذلك جعلناكم أمة وسطا» صدق الله العظيم، وقد روى ابن عبد الله عن رسول الله

صلى الله عليه وسلم: «جاءت امرأة عثمان بن مظعون إلى النبي صلى الله عليه وسلم فقالت: يا رسول الله إن عثمان يصوم النهار ويقوم الليل، فخرج رسول الله صلى الله عليه وسلم مغضبا، يحمل نعليه حتى جاء إلى عثمان، فوجده يصلي فانصرف عثمان حين رأى رسول الله صلى الله عليه وسلم، فقال له: يا عثمان لم يرسلني الله بالرهبانية، ولكن بعثني بالحنيفية السمحة، أصوم وأصلي وألمس أهلي، فمن أحب فطرتي فليستن بسنتي، ومن سنتي النكاح» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، وعن أبي عبد الله قال: إن ثلاث نسوة أتين رسول الله صلى الله عليه وسلم فقالت إحداهن: إن زوجي لا يأكل اللحم، وقالت الأخرى: إن زوجي لا يشم الطيب وقالت الأخرى: إن زوجي لا يقرب النساء، فخرج رسول الله صلى الله عليه وسلم يجر رداءه حتى صعد المنبر، فحمد الله وأثنى عليه ثم قال: «ما بال أقوام من أصحابي لا يأكلون اللحم ولا يشمون الطيب ولا يأتون النساء!؟ أما إني آكل اللحم وأشم الطيب وآتي النساء، فمن رغب عن سنتي فليس مني» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم.

خامسا: الربط بين الوسوسة والشيطان: فمن المعروف دينيا أن الشيطان يدخل على الإنسان أولا من باب الهوى والغضب لإقعاده عن الطاعات وإيقاعه في المحرمات، فإن لم يستطع أتاه من قبل التشكيك في صحة صلاته وأعماله، فإن لم يستطع أتاه من باب الاجتهاد في الطاعة والتضييق عليه حتى يحمله ما لا طاقة له به: ولذلك قال الرسول صلى الله عليه وسلم لأحد الصحابة: «إن هذا الدين متين فأوغل فيه برفق فإن المنبت لا أرضا قطع ولا ظهرا أبقى ولن يشاد الدين أحد إلا غلبه» صدق صلى الله عليه وسلم، هكذا أخرجه البزار عن جابر في الجامع الصغير للسيوطي، ومعنى المنبت هنا هو الشخص الذي يجهد نفسه ودابته في السير دون ان يعطي لنفسه وللدابة ما تحتاجانه من الراحة واستعادة النشاط والحيوية، ومن هنا فهو يفشل في الوصول إلى هدفه نتيجة لنفاد الطاقة واستهلاك القدرة في الوقت نفسه الذي يكون فيه قد فرط بدابته فلم يبق عليها، وكذلك الأمر بالنسبة إلى العبادة التي تعد سيدة الأعمال، نظرا للعلاقة التربوية والابداعية بينها وبين الأعمال المهنية والمعيشية فإن ربطها بالإسراف والإرهاق وعدم الاهتمام بحق الجسد في الراحة والترويح أمر لا يدخل أبدا في إطار المفاهيم الإسلامية الداعية إلى العبادة وتوثيق علاقة الإنسان المؤمن بربه وخالقه سبحانه.

فإن لم يستطع الشيطان أن يدخل من هذه الأبواب، جاءه من قبل العجب والغرور بعمله وطاعته، وهذه هي آخر المراحل وأصعبها، وكثيرا ما يلجأ الشيطان - لعنه الله - إلى هذه المداخل جنبا إلى جنب حتى يبعده عن الصراط المستقيم، ولا شك أن علم الإنسان بمداخل الشيطان وطرق الوقاية منها يقي الإنسان كثيرا من المشكلات؛ ولذلك روي في الحديث الشريف، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «إن فقيها في الدين أشد على الشيطان من سبعين ألف عابد» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم.

كما تضمن الباب الثالث عشر من كتاب ابن القيم الجوزية «رسالة في أمراض القلوب» (عبد اللطيف محمد خليفة، ١٩٩٦) مكايد الشيطان بالوسوسة في الطهارة ونية الصلاة، وبعض شبه الموسوسين والرد عليها، وقول الشيخ أبو محمد ابن قدامة المقدسي في ذم الموسوسين، وما يلقاه الموسوس من الأذى، وعلاج الوساوس باتباع السنة، وحقيقة النية في الطهارة وما أحدث المبتدعون فيها من مخالفات، وأن من الوساوس ما يفسد الصلاة، وأن الصلاة في النعل سنة الرسول عليه الصلاة والسلام، وما جاء في المذي يصيب الثوب، والاستجمار بالأحجار، والصلاة مع يسير الدم، وأن الماء لا ينجس إلا بالتغير بنجاسة، وحلف اليمين، والعمل بالقرعة في الطلاق، والشك في الوضوء، واشتباه القبلة والشك في الصلاة... إلى آخره، وكلها أمور توضح يسر الدين الإسلامي ونبذه للتشدد والوسوسة في الدين.

ويمدح الشعراني (عبد الله الشعراني،١٩٨٧) في «تنبيه المغترين أواخر القرن العاشر على ما خالفوا فيه سلفهم الطاهر» ذوي الخلق الحسن من الشيوخ والأئمة على عدم وسوستهم في الوضوء والعبادات، كما يشير الشعراني إلى أصل الوسوسة في رأيه وهو ظلمة القلب، ويرى أن ظلمة القلب من ظلمة الأعمال، من أكل الحرام والشبهات، فمن أحكم أكل الحرام فليس لإبليس عليه سبيل مطلقا، والمقصود بأحكم أكل الحرام هو: تحري الحلال في كل رزق، وامتنع عن كل رزق مشبوه، كما تعرض الشعراني للموضوع نفسه في كتابه «كشف الغمة عن جميع الأمة» في باب آداب الصلاة (جمعة سيد يوسف، ١٩٩٦)، والحقيقة أن لرأي الشعراني في سبب الوسوسة بالطبع جانبه المفيد في مقاومة الميل إلى الوسوسة، الذي قد يحدث من جانب بعض المتدينين، وذلك من خلال تنفيرهم منه، إلا أن هناك جانبا سلبيا يقع فيه

أولئك الذين يعتمدون في معلوماتهم على الكتب التراثية فقط: لأنهم نتيجة لذلك يرجعون كل أنواع الوساوس والوسوسة إلى الشيطان وأكل الحرام وينهرون المرضى المساكين الذين يلجأون إليهم.

كما يشير النراقي في ثنايا حديثه (١١٢٨-١٢٠٩هجرية) في المجلد الثالث من كتابه «جامع السعادات» (إبراهيم شوقي، ١٩٩٦)ج. وهو يتحدث عن مفهوم المعتقدات Beliefes والتحيز Bias وعدم الموضوعية وهو يتحدث عن طوائف المغرورين، فيذكر غرور أهل العبادة والعمل، مشيرا إلى الوسواس القهري، وبالتحديد إلى وسواس النظافة ضاربا المثل بالمبالغة في الوضوء دون داع لذلك.

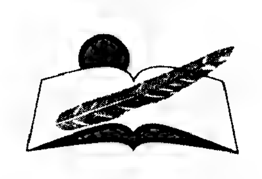
وفي القصة التربوية الفلسفية «حي بن يقظان» لابن طفيل (شعبان جاب الله، ١٩٩٦)أ، يقول ابن طفيل: «وتعلق «أسال» بطلب العزلة، وفضل «سلامان» ملازمة الجماعة حيث كانت ملازمة الجماعة عنده مما يدرأ الوسواس ويزيل الظنون المعترضة، كان اختلافهما في هذا الرأي سبب افتراقهما». وجدير بالذكر أن هذه الإشارة إلى أن وجود الفرد في ظل الجماعة يدرأ الوسواس تعتبر، من حيث تعلقها بالدين، رفضا للوسوسة والتشدد، لأن الجماعة تكون على غير ذلك، كما أنه مرتبط أيضا بأحدث المفاهيم المعرفية في علاج الوسواس القهري.

ويقول الترمذي في «بيان الفرق بين الصدر والقلب والفؤاد واللب» (عبداللطيف محمد خليفه، ١٩٩٦): «ابتلي المؤمن بالنفس وأمانيها. ثم تدخل في الصدر بوسوستها وأباطيل أمانيها ابتلاء من الله إياه حتى يستعين العبد بالله عز وجل، فيجيبه الله تعالى ويصرف عنه شرها، كما يدخل الشيطان بوسوسته في صدر العبد، وهو آخر ولاية حد النفس. وصدر المؤمن يضيق أحيانا من كثرة الوسواس والغم والشغل وتتابع الحوائج وبلوغ الحوادث وإصابة المصائب، ويضيق إذا سمع باطلا لأن الله تعالى وسع صدره بنور الإسلام، وأما صدر الكافر المنافق فإنه امتلأ من ظلمات الكفر والشرك والشك واتسع لها. فلم يبق فيه مكان لنور الإسلام».

وفصل القول بعد كل هذا النماذج من تراث العلماء المسلمين الأوائل هو أن علماء المسلمين جميعا واجهوا الوسوسة في الدين مواجهة لا جدال فيها، ونفروا المسلمين منها بعدة طرق من أهمها نسبتهم هذه الوسوسة إلى

الشيطان. صحيح أنهم رأوا الوسوسة لا تصيب إلا المؤمن. بينما قليل الإيمان بعيد عنها. لكنهم وصفوا استسلام المؤمن لهذه الوساوس باستسلامه للشيطان، وكأنهم يقرون بإمكان اعتراض الوساوس للمؤمن لكنهم حثوه على مقاومتها بشتى الوسائل والسبل. ويظهر رأي فرويد فارغا وبلا معنى أمام كل هذه الأدلة على محاربة الدين الإسلامي للوسوسة وللتشدد في الدين.

وأما ربط علماء المسلمين للوسوسة إما بالشيطان وإما بالنفس، فهم فيه غير ملومين. لأن حقيقة وجود وساوس مصدرها النفس ووساوس مصدرها الشياطين من الجن والإنس لهي حقيقة قرآنية لا جدال فيها، وأما حالات الوسواس القهري التي لم تكن تفلح فيها أساليب محاربة وساوس النفس أو وساوس الشياطين فقد اعتبروها في الأغلب حالات جنون كما ذكرت من قبل. ومازلنا إلى يومنا هذا لا نستطيع كأطباء نفسيين مسلمين أن ننفي تماما إمكان أن يكون للشيطان دور في الوساوس على عمومها. لكن ذلك إن كان صحيحا في حالة المريض باضطراب الوسواس القهري فإنه قد يكون في البداية المبكرة للحالة فقط، لكنه يصادف بعد ذلك استعدادا تركيبيا وكيميائيا في مخ المريض.



12 وسواس الحب

> ليس كل حب وسواسا،
>
> **المؤلف**

أقتبس من التراث العربي مثلا قد يعتبره كثيرون في غير مكانه. لكنني أراه ممكنا أن يوضع في هذا المكان حسب الفهم العربي الإسلامي القديم لمعنى الوسوسة وكيفية تأثير الأفكار المتسلطة في الأفعال، وذلك المثل هو وسواس الحب. فقد ذكر أبو زيد البلخي (٨٥٠-٩٣٤ ميلادية) في مصالح الأبدان والأنفس (أبو زيد البلخي، ١٩٨٤) في الباب الثامن «في الاحتيال لدفع وساوس الصدر وأحاديث النفس» أن هناك أحاديث النفس ووسواسها وهي أمر طبيعي يحدث في كل إنسان. وأما الوسواس الذي يمنع الإنسان عن التفكير في ما سواه ويشغله عن أكثر أعماله أو عن قضاء أوطاره فهو من الأعراض النفسية التي لابد من علاجها، وتلك الأحاديث والوساوس المرضية ربما وقعت في جنس ما يحبه المرء ويتمناه، وربما وقعت في جنس ما يخافه ويخشاه. أي أن أبا زيد البلخي يقسم الوسواس المرضي من حيث الموضوعات التي يتعلق بها إلى نوعين:



(١) النوع الأول: هو الوسواس المتعلق بما يحبه الإنسان ويتمناه، ويضرب المثل هنا بكبار العشاق من الشعراء العرب أمثال مجنون ليلى وكثير عزة وجميل بثينة. أي أنه يعني بهذا النوع من الوساوس التعلق وشدة الولع والحب الشديد لشخص ما، لدرجة المشي وراءه ومتابعته وملاحقته في كل مكان إلى درجة تثير المشاكل؛ لأن هذا النوع من الحب غالبا ما يكون من طرف واحد (كمال إبراهيم مرسي، ١٩٨٨). وهذا النوع من السلوك هو ما يطلق عليه بعض علماء النفس المحدثين (Abrams & Robinson, 1998)a و(Abrams & Robinson, 1998)b و(Kamphuis & Emmelkamp , 2000) وسواس الحب Love Obsession أو ما يسمونه أحيانا بلفظ يعني الملاحقة والمطاردة Stalking.

(٢) وأما النوع الثاني: فيقول البلخي: «هو مثل تحديث نفس الإنسان بأمر مخوف لعله يحل به عن قريب، وأشد من ذلك هو تحديثها إياه بمكروه قد ينزل به في بدنه وحياته، وهذا أصعب المخاوف وأشدها تمكنا من القلب واستيلائها عليه».

والنوع الأول بالطبع هو موضوعنا في هذا الفصل، ومن المهم قبل أن نبدأ في الحديث عن الحب وعلاقته بالوسواس أن نبين تداخل المفاهيم سواء عند أبي زيد البلخي أو حتى في الفكر الغربي القديم والمعاصر، لأن الوسواس الناتج عما يحبه الإنسان هو من وساوس النفس التي تحدث الإنسان بأشياء هي من محببات النفس، إلا أنها لا تصير حلالا في الشرع الإسلامي إلا إذا ارتبطت بالمسؤولية، لكنها في الأساس أشياء يرغبها المرء وتميل إليها نفسه، وذلك بحسب التقسيم الذي ذكرته من قبل من وجهة نظر إسلامية، كما يمكن أن يتدخل الشيطان أيضا في مثل هذا النوع من الوساوس: لأن الوسواس الخناس أيضا حسب الفهم الإسلامي إنما يزين للمرء أعماله: فيجعله يرى ما يعد تجاوزا للعقل معقولا وما يعد غير جائز جائزا في حالته هو! وذلك بالطبع فيما يتعلق بالمحبوب.

لكن الذي يعنينا هنا هو نوعية معينة من السلوكيات يأتيها المحبون، ونوعية معينة من الخبرات الشعورية والمعرفية يعيشونها فتكون أحوالهم قريبة الشبه بالذين يعانون اضطراب الوسواس القهري بالفعل، وسأضرب هنا مثلا من حالات تلجأ للطبيب النفسي للعلاج:

(٢٢) «وسواس الحب! والكرامة ؟»

كانت حدود (وهذا ليس اسمها) سيدة تبلغ من العمر أربعة وعشرين عاما، طلقها زوجها بسبب تدخل أمه في حياته وإرغامها له على ذلك بعد أقل من سنتين من زواجه، وكان ظالما بما لا يدع مجالا للشك لزوجته. لكن هذه السيدة المسكينة ـ بعد ستة أشهر من طلاقها ـ كانت في حالة حار فيها الأطباء فقد نقص وزنها بشكل كبير وبدا عليها الهزال ولم تكن تنام إلا قليلا، وبشكل متقطع ولم تكن تأكل من الطعام أكثر من ربع ما كانت تأكل من قبل، ولم تكن تسمح لأهلها بالتعبير عن غضبهم من ذلك الرجل الذي خدع ابنتهم، فكانت كلما ذكروه بسوء تعترض على كلامهم وتقول لهم إنه لم يكن معها إلا نعم الزوج ولكن أمه هي السبب! وكانت ترفض كل من يتقدمون لخطبتها دون أن تراهم، كما اكتشفت أختها الصغرى أنها كانت تطلبه تليفونيا من دون علم أهلها، إذن فهذا حب في غير محله بإجماع الكل بمن فيهم العاشقة نفسها. أو لنقل إنها سامحته مثلا.

المهم أنها بعد أن مر نصف الجلسة الأولى. لاحظ الطبيب أنها لا تتكلم إلا عن ذلك الرجل الذي تسميه بزوجي. وهنا نبهها الطبيب إلى أن الذي تتكلم عنه لم يعد زوجها، وأن المفروض أن الجلسة تخصها بحيث تتكلم فيها عن مشكلتها. فما كان منها إلا أن قالت آنها تشعر بالموت يسري داخلها ما لم تفكر فيه أو تتكلم عنه وأهلها في البيت لا يقبلون ذلك، فهي لا تجد من تتكلم معه عن حبيبها. فسألها الطبيب تقصدين الرجل الذي طلقك، فقالت «يا دكتور أنا لا أنكر كم الإهانة الذي لحق بي لكنني أحبه! ولا يد لي في ذلك، أنا لم أخطئ! كل ما فعلته هو أنني طلبت من أمه أن تسمح لي بقضاء أسبوع في بيت أبي لأن أمي كانت قد سافرت للحج، وعندما رفضت عبرت لها عن ضيقي بقسوتها: لأن أبي وإخوتي يحتاجون من ترعاهم أثناء سفر أمي وزوجي كان مسافرا خارج البلاد لمدة شهرين، ولكنها رفضت: فطلبت من أبي أن يجيء لاصطحابي، وكان هذا هو الخطأ العظيم الذي فعلناه!

يا دكتور إنه دائما في خاطري، ربما حتى أكثر مما كنت وأنا في عصمته، إنني لا أغلق عيني إلا وأراه، ولا أكاد أنام إلا وأحلم به، ولا أستطيع أن أتخيل حياتي من دونه أنا على يقين من أنني له وأنه لي! انظر يا دكتور، وكان أن فتحت حقيبة يدها لتطلع الطبيب على صور زفافها وصور خطبتها، وقالت

لقد وعدني أنه سيردني خلال فترة العدة ولم يفعل، وما زلت أشعر بأنه سيفعل: لقد قال لي ذلك من خلال زوجة أحد أصحابه. فهو طبعا لا يستطيع الاتصال في البيت، وأنا أقسمت لأختي ولأمي ألا أعاود الاتصال به، والحقيقة أنني أجاهد نفسي وتلح علي الرغبة في أن أتصل به بشدة. وأظل أقاومها حتى أنني أحيانا أطلب الرقم دون أن أرفع سماعة التليفون. وهذا يعطيني بعض الراحة على رغم أنه لا معنى له! أنا لا أستطيع التفكير في شيء سواه، كما أن كل الأحداث تذكرني به، فلو حدث شيء كانت لي معه ذكريات وأنا مع زوجي فأنا أغيب في التخيلات، ولو حدث شيء يحدث لأول مرة لي في حياتي أتمنى لو كان معي، أنا لا أستطيع العيش من دونه ولا أستطيع إخبار أهلي بذلك كما تعلم، وأفكر جديا في الاتصال به. لا لست أفكر. أنا على وشك أن أفعلها. ولكنني فقط أؤجل ذلك لعله هو يحاول الاتصال بي، فكفاني تفريطا في كرامتي إن كانت لي كرامة».

من الواضح في هذه الحالة أن هناك أفكارا وتخيلات تفرض نفسها على المريضة، وأنها لا تستطيع الخلاص من ذلك. لكننا لا ننسى بالطبع أنها تعاني العديد من أعراض الاكتئاب الجسيم، وربما شيء من القلق المصاحب. وأن هناك ظروفا وملابسات غاية في التعقيد، لكن أهم ما في الموضوع هو أن التخيلات والأفكار، على رغم كونها مرفوضة، إلا أنها تمثل ـ في رأيها ـ الشيء الوحيد الذي يمنع الموت من السريان في جسدها، كما أن هناك فعل الاتصال التليفوني أو حتى طلب الرقم من دون رفع السماعة. فهذا نوع من الفعل الذي يعطيها بعض الراحة، على رغم أنه لا معنى له! أي أنه فعل قهري. فهذه الأعراض أعراض حب لا جدال فيه، ولكن تشابها كبيرا يوجد بالفعل بين سلوكيات العاشقة تلك وبين سلوكيات مرضى الوسواس القهري، ولا أظن كونه منطقيا أو غير منطقي سيؤثر في ما تحس به المريضة.

والحقيقة أن وضع الحب كموضوع من مواضيع الوسواس القهري لا يمكن أن يمر هكذا دون مناقشة. لأن جوهر كون الفكرة تسلطية هو أن ترفضها جوارح الإنسان وينطبق الكلام نفسه على ما تستتبعه هذه الفكرة من أفعال. لكن الذي نراه في الحب هو حالة مختلفة، لأن المحب إنما يستعذب التفكير في المحبوب ويستمتع بكل فعل يفعله من أجل إظهار أو إثبات حبه لمحبوبه، ولعل في السطور الشعرية لمجنون أعرفه اسمه طاووس ما يبين كون الحب

والأفكار والأفعال المتعلقة به، من الأفكار والأفعال، التي ترحب بها نفس المحب بشكل يجعلها أبعد ما تكون عن الفهم الطبي النفسي المعاصر للوسواس القهري:

وتجيء الناس تروح الناس!
وأحبك رابضة تتكاثر في الراس!
وتلح تلح كما الوسواس!
وتروح الناس تجيء الناس!
وأفتش عن لغة آحرفها ليس تقاس
لأقول أحبك في حجم،
يرضى عنه الإحساس!
و تجيء الناس تروح الناس!

ومن المألوف في صنوف الأدب العربي والعالمي المختلفة أن تشبه حالة المحب بالوسوسة أيضا فإذا أخذنا مثالا من كتاب «طوق الحمامة في الألفة والأُلاَّف» لابن حزم الآندلسي، وهو أول كتاب عرفته البشرية يعطي الحب معناه السامي (ابن حزم الأندلسي، ١٩٧٥). ففي مقدمة الكتاب وتحت عنوان الكلام في ماهية الحب، وبعد أن قسم ابن حزم آجناس المحبة المختلفة حتى وصل إلى العشق يقول ابن حزم: «ولا يعرض في شيء من هذه الأجناس المذكورة، ومن شغل البال والخبل والوسواس وتبدل الغرائز المركبة واستحالة السجايا المطبوعة والتحول والزفير وسائر دلائل الشجا ما يعرض في العشق، فصح بذلك أنه استحسان روحاني وامتزاج نفساني».

ويقول ابن القيم الجوزية في «روضة المحبين ونزهة المشتاقين» (شعبان جاب الله، ١٩٩٦)ب، في الباب العاشر المعنون «في ذكر حقيقة العشق وأوصافه وكلام الناس فيه»: «هناك تفسيرات متعددة للعشق، فيذهب الأطباء قاطبة إلى أنه مرض وسواسي شبيه بالماليخوليا، يجلبه المرء لنفسه من خلال تسليط فكره على استحسان بعض الصور والشمائل، وسببه النفساني الاستحسان والفكر، وفي نهاية هذا الباب يشير ابن القيم إلى أن من مظاهر العشق الضعف في الرآي واللجلجة في الكلام والزلل والعثار والرعدة في الأطراف.

وأما أبو الفرج ابن الجوزي فيقول في كتابه «ذم الهوى» (الحسين محمد عبد المنعم، ١٩٩٦) وأما عن ضرر العشق في الدنيا فإنه يورث الهم والفكر، والوسواس والأرق وقلة المطعم وكثرة السهر»، بل إن من الأشياء التي تبين كيف كان يربط العرب الأوائل ما بين الحب وبين الوسواس وبين الشيطان أن أحد تفسيرات كون الوس هو صوت الحلي أو صوت الذهب، هو أن المرء إذا ما سمع وس أو وسوسة الحلي فإنه يجد ذهنه هبا لوساوس الشيطان حول شكل المرأة التي يسمع وس حليها، بل إن هناك من أحب بمجرد السماع لخطوة المرأة ووس حليها كما يذكر ابن حزم (ابن حزم الأندلسي، ١٩٧٥)، ومن أشعار طاووس أيضا في التعبير عن التكرار مع المعاناة التي تصادف استعذابا في نفس المحب، على الرغم من مرارتها وقسوتها:

عندي وسواس وسواس
عذبني يا سيدتي الوسواس
كل الأشياء العادية يعرفها الناس
لكني أعرف منذ عرفتك ما يجهله
الناس
و تحوطني يا سيدتي الأقواس
و أظل أعد الأقواس أعد الأقواس
وليت الأقواس تقاس!
وأعد أعيد أعد أعيد من البدء أعيد
أعد أعيد أعد أعيد وتنقطع الأنفاس!
لا أحد يا سيدتي يرحمه الوسواس!!

إلا أن هناك حالات يقابلها الطبيب النفسي تجعله يقف في تشخيص مريضه على حدود المرض النفسي عندما يأخذ الأمر شكل الفكرة التسلطية غير المرغوب فيها. فمثلا بعد انتهاء علاقة عاطفية حميمة بين المريض ومحبوبته، عندما يكون المنطق الذي يقر به المريض هو أن العلاقة انتهت وأنها لن تعود مرة أخرى لأن محبوبته تزوجت ـ على سبيل المثال ـ لكنه على الرغم من ذلك لا يستطيع أن يمنع تفكيره في أن يتصل بها أو أن يحاول مقابلتها. ثم يبدأ بالفعل في إتيان مثل هذه الأفعال، بينما هو يرفضها على مستوى المنطق، فهنا يوجد احتمال لوجود أعراض تشبه أعراض اضطراب الوسواس

القهري، وربما شخص الاضطراب نفسه إذا توافرت الشروط اللازمة لذلك، وهذا الشكل من الحب الوسواسي هو في حقيقة الأمر أبسط أشكال وسواس الحب، على رغم أنه من أكثرها تصاحبا مع اللجوء للعنف (Schwartz-Watts & Morgan ,1998) و (Kienlen et al.,1999).

كما أن هناك أيضا من بين ما يطلقون عليه في الأبحاث الغربية المعاصرة وسواس الحب حالات اضطرابات نفسية أخرى تختلف عما ذكرت، فمثلا في حالة ذهانية تعتبر من بين الاضطرابات الوهامية Delusional Disorders وتسمى العشق الجنوني أو الولع الجنوني Erotomania، وبعضهم يترجمها أيضا بالوله الجنسي، ولعل هذه الترجمة أقرب إلى الاستعمال الغربي القديم للكلمة. لأن من المعروف أن الكلمات المعبرة عن الحب والعشق لم تكن تعطي في أذهان الغربيين معنى غير المعنى الجنسي، إلى أن جاء المعنى من الشعر العربي ومن كتاب ابن حزم الذي تكلمت عنه «دني ده روجمون» (Denis de Rougement ,1963). وفي هذا الاضطراب الوهامي (الضلالي) الذي عادة ما يصيب الإناث لا تكون هناك علاقة سابقة أصلا بين المريضة والشخص الذي تعتقد هي أنه يحمل مشاعر حب تجاهها، وغالبا ما يكون هذا الشخص من النجوم المشاهير في المجتمع كمطرب أو ممثل أو مطربة أو شاعر مرموق، وهكذا تبدأ المريضة في التصرف على أساس أن ذلك النجم يحبها ولكنه يخفي ذلك الحب لسبب أو لآخر. ويكون اقتناعها بصحة ذلك الأمر في مرتبة الاعتقاد الراسخ والجازم، وتذهب إلى أبعد الحدود الممكنة لكي تلتقي بذلك النجم أو تلك النجمة، فتتفرغ له وتتابعه في كل مكان وتلاحقه بالشكل الذي يؤدي عادة إلى لجوء النجم أو النجمة لسلطات القانون، ومن ثم اللجوء إلى القضاء (Perez ,1993) و(Zona et al.,1993).

المهم أن الذي يعنينا هنا هو سلوكيات الملاحقة والمطاردة Obsessional Following or Pursuit التي تأخذ طابعا يشبه الطابع القهري من الخارج فقط، نظرا لتكراره، ولعل ذلك هو السبب في إطلاق الناس عليه اسم الوسواس. وفي بعض الحالات تكون هذه الفكرة الوهامية هي كل أعراض المريض، فيكون التشخيص اضطرابا وهاميا (ضلاليا) فقط، لكن هذه الفكرة الوهامية أحيانا تكون جزءا من اضطراب نفسي آخر كاضطراب الفصام، وهذا هو الشكل الثاني من أشكال وسواس الحب. ومن الممكن أن نجد ما يشبه هذه التصرفات نفسها،

إضافة إلى التفتيش في حاجيات المحبوبة في حالات الغيرة المرضية (الوهامية)، إلا أن الأمر عادة يسبب من الضيق للمحبوبة وللمحيطين بها ما يتسبب في نسيان الجميع إلى أن وجود الحب عند المريض لهذه المحبوبة، بل وبلوغه في معظم الأحيان مبلغا عظيما، هو واحد من بين أسباب هذه الغيرة المرضية التي قد تشخص وسواسا قهريا، وقد تشخص اضطرابا ضلاليا كما ذكرت من قبل. لكن كلا النوعين يمكن أن يصاحبه ما يشبه الأفكار التسلطية على المستوى العقلي وما يشبه الأفعال القهرية على المستوى السلوكي.

وأما الشكل الثالث من أنواع وسواس الحب هذا فهو نوع من الحب المتعصب Fanatical Love، وعادة ما نراه في مريض بأحد الاضطرابات النفسية، ويكون بالطبع حبا من طرف واحد، بمعنى أنه لم تكن هناك علاقة أصلا بين المريض والشخص الذي يحبه بهذا الشكل الوسواسي المتعصب، ثم يتصرف المريض بناء على حبه هذا تصرفات المطاردة والملاحقة للضحية إلى الحد الذي يصل بالأمور إلى القضاء أيضا (Melroy & Gothard ,1995).

وأما محاولات دراسة شخصية (Meloy, 1996) و (Tjaden & Thoenness,1997) هؤلاء المحبين الموسوسين Obsessional Lovers فقد بينت وجود الرغبة في التحكم في المحبوب كدافع للمحب الموسوس في معظم الأحوال، خاصة أن أكثر هذه الدراسات أجريت على أفراد ينتمون إلى الشكل الأول من أشكال وسواس الحب، أي المحبين الذين كانوا بالفعل على علاقة بالمحبوب وانتهت لسبب أو لآخر، وبعض هذه الدراسات وجد في التاريخ الشخصي للمحب الموسوس (Meloy, 1997)، (Meloy 1998) و(Meloy, 2000) فقدا لعلاقة قوية مع أحد المقربين منه في الطفولة، بما يعطي انطباعا بتأثير ذلك فيه وهو في سن الرشد، وبالطبع يذكرنا التحكم والرغبة في تكريسه وتأكيده بسمة هي من أهم سمات الشخصية القسرية، وعلى الرغم من ذلك فإن معظم دراسات شخصية المحبين الموسوسين إنما أجريت على عينات من المتهمين بحكم القانون بإزعاج الضحية أو بالتسبب في ضرره أو ضررها بشكل أو بآخر، وهذه الظروف عادة لا تكون مناسبة لإجراء دراسات يمكن الاعتماد على نتائجها.

ومن المعروف أن استخدام الناطقين بالإنجليزية، خاصة الأمريكيين، في كلامهم العادي لكلمة موسوس بكذا Obsessed With، لمختلف كل الاختلاف ومتجاوز لاستخدامها الطبي النفسي، فإذا قال لك أمريكي إنه موسوس بالدجاج

مثلا أو بالسمك، فإنه يعني أنه يحب الدجاج أو المأكولات البحرية! ولا يعني ذلك بالطبع أنه يعاني بسبب ذلك معاناة مريض اضطراب الوسواس القهري، لكنه فقط يريد أن يعبر لك عن اهتمامه وانشغاله بما يحبه ويفضله.

أما الدراسة الطريفة التي جذبني عنوانها (Marazziti et al.,1999) فكانت دراسة أجريت في إيطاليا عام ١٩٩٩ بعنوان «تغيرات ناقل السيروتونين Serotonin Transporter في الصفائح الدموية في الحب الرومانتيكي»، فهكذا الغرب يريدون تفسير كل شيء بالكيمياء لأنها تمثل لهم الإجابة النهائية عن السؤال المهم: «لماذا يسلك الناس بطريقة معينة؟». فحتى الحب يريدون تفسيره بالطريقة نفسها، يقول الباحثون في تقديم الدراسة: «نظرا لأهمية عواقب الحب في حياة الناس فإنه لابد أن يكون الحب منظما بشكل ما بطريقة حيوية، وبما أنه قد ثبتت علاقة السيروتونين بالعصابية Neuroticism وبالسلوك الجنسي Sexual Behaviour وباضطراب الوسواس القهري، ولأن تشابها يوجد بين الفكرة المبالغ في تقديرها Overvalued Idea في المحبين، خاصة في بداية العلاقة مع المحبوب، وبين الفكرة المبالغ في تقديرها في مرضى الوسواس القهري، فإن ذلك يشجع على البحث في وجود علاقة ما بين الحب الرومانتيكي وبين السيروتونين»، وشملت الدراسة:

١- عشرين محبا وقعوا في الحب خلال ستة الشهور السابقة للدراسة.
٢- عشرين مريضا باضطراب الوسواس القهري لا يتناولون أي نوع من الدواء.
٣- عشرين شخصا عاديا لايعانون اضطرابات نفسية كعينة ضابطة.

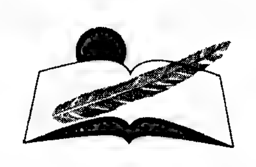
وأظهرت النتائج تشابها تاما بين المحبين وبين مرضى اضطراب الوسواس القهري من حيث قلة كثافة ناقل السيروتونين الموجود على الصفائح الدموية مقارنة بالناس العاديين، بمعنى أنك لا تستطيع تفريق المحب في مراحل الحب الأولى من الموسوس!

كما أجريت دراسة أخرى (Leckman & Mayes ,1999) في العام نفسه تحت عنوان «الانشغال Preoccupations والسلوكيات المصاحبة للحب الرومانتيكي وللحب الوالدي، نظرة على منشأ اضطراب الوسواس القهري» ويناقش الباحثان في بدايتها فرضية تقول بأن الحب الرومانتيكي والحب الوالدي خاصة في مراحلهما المبكرة يشتركان في أنواع السلوكيات والظواهر العقلية، بحيث إنها تتداخل فيما بين هذين النوعين من الحب، وهذه في حد

ذاتها فرضية لا يتفق معها الكثيرون، ثم يناقش الباحثان بعد ذلك الأسس الحيوية العصبية التي يعتقد أنها مسؤولة عن هذه الأنواع من السلوك، ثم يقيم الباحثان بعد ذلك فرضية تقول إن هذه السلوكيات المتميزة بدرجة عالية من الانهماك والانشغال والصون، إضافة إلى النظم العصبية والأسس الوراثية المسؤولة عنها لها علاقة قوية بالتولد المرضي Pathogenesis لاضطراب الوسواس القهري.

وصحيح أن الحب دائما يحير الناس ودائما ما يحاولون تفسيره، لكن أحدا غير الغربيين لم يحاول تفسير الحب بالسيروتونين، والحقيقة أن ما يفسر بالسيروتونين لا يمكن أن يكون الحب بمعناه الإنساني أبدا، فالسيرتونين قد يفسر لنا بعض التغيرات الكيميائية التي تحدث في دماغ المحبين في أثناء انهماكهم وانشغالهم بالمحبوب، لكنه لن يستطيع أبدا أن يجيب عن السؤال الأبدي الذي يلاحقه كل محب في نفسه، ألا وهو: لماذا يحب محبوبا بعينه؟ أي أن الدراسات الغربية الحديثة قد تقول لنا ماذا يحدث في دماغ «أ» عندما يحب «ب» لكنها لا تستطيع أن تجيب عن سؤال لماذا يحب «أ» المحبوب «ب» دون غيره مثلا «ج» أو «ن»؟ أي أنها قد تبين بعض التغيرات المصاحبة للسلوك البشري لكنها لا تستطيع أن تفسر معظم الأبعاد الإنسانية لهذا السلوك كما هي الحال في كل الدراسات التي تحاول رد كل شيء إلى المادة.

وأما ما أراه مناسبا لختم هذا الفصل فهو أن أقول إن الحب كثيرا ما يأخذ شكل الوسوسة، لكن الوسوسة تظل فقط شكلا من أشكال الحب، وليس كل حب وسواسا، كما أن الفرق الجوهري بين ما يمكن وصفه بأنه وسواس في الطب النفسي وما لايمكن، إنما يكمن في رد فعل الشخص نفسه ورأيه في الموضوع، فلابد ألا يحب الشخص موضوع وسوسته لكي يكون هناك وسواس قهري.



13 تأثير الوسوسة الوالدية في الأطفال

يعتبر هذا المبحث من المباحث التي لم تلق ما تستحق من الاهتمام حتى الآن، ولعل السر في ذلك يرجع إلى أن طب نفس الأطفال لا يزال في مرحلة متأخرة عن تلك التي وصل إليها الطب النفسي العام، كما أن ما نتكلم عنه في هذا المبحث إنما ينتمي إلى ما يشبه الطب النفسي الوقائي. وهذا العلم أيضا لا يزال في بداياته على مستوى العالم؛ ولا أدري هل سؤال مثل سؤال: ما تأثير الوسوسة الوالدية في الأطفال؟ هو سؤال لا يخطر على بال أحد من الباحثين في الطب النفسي، أم أن هناك أسبابا تتعلق بصعوبة إخضاع أطفال الأسرة التي يكون أحد الوالدين فيها موسوسا للدراسة من جانب الباحث النفسي؟، يبدو أن هذا هو السبب، وإن كان هذا الافتراض قد يصح في بلادنا التي لا يزال الناس فيها يزورون الطبيب النفسي في الخفاء، ولكنه من الصعب أن يصح في غير بلادنا، وعلى رغم ذلك فإن الحقيقة أنني لم أجد رغم بحثي في كل محركات البحث المتاحة

كيف يمكن الفصل بين ما هو وراثة وما هو نتيجة البيئة الأسرية؟.

المؤلف

على الإنترنت أي بحث في هذا الموضوع. لكنني أمتلك الكثير من الملاحظات التي حفرت في ذاكرتي في أثناء عملي مع عائلات مرضاي من الموسوسين، فإذا أردنا أن نستوضح هذا الموضوع فإن من المهم أولا أن نفرق بين حالات ثلاث:

الحالة الأولى: هي كون الطفل أو الطفلة موضوعا للوسوسة من قبل الأم أو الأب المصاب بالوسواس القهري.

وأما الحالة الثانية: فهي كون وسوسة الأب أو الأم متعلقة بموضوع آخر يلاحظه الطفل ويعتبره سلوكا غريبا من أبيه أو أمه المفترض فيهما أنهما القدوة، وذلك أيضا عند الإصابة باضطراب الوسواس القهري.

وأما الحالة الثالثة: فهي حالة أطفال الأب أو الأم صاحبة اضطراب الشخصية القسرية، فهذه الحالة وإن كانت شدة الأعراض فيها أقل إلا أنها مزمنة وأقل احتمالا للعرض على الطبيب النفسي.

ثم هل افتراض أن الوالد الموسوس ينتج أطفالا موسوسين أو الوالدة الموسوسة تنتج أطفالا موسوسين هو افتراض صحيح؟ وكيف يمكن، إن وجد طفل موسوس، لوالد موسوس أو والدة موسوسة أن نقول إن التأثير كان لطريقة التربية وليس للمادة الوراثية التي انتقلت إلى ذلك الطفل؟ بمعنى آخر كيف سيمكن الفصل بين ما هو وراثة وما هو نتيجة البيئة الأسرية؟ خاصة أن دراسات التبني التي يربي فيها والد موسوس أطفال والد غير موسوس أو العكس غير ممكنة التطبيق حتى في الغرب لأسباب أخلاقية؟ وما يعنينا بالطبع في هذا الفصل هو ما يمكن أن تسببه البيئة الأسرية في وجود الوسوسة الوالدية على الطفل. فماذا يكون تأثير والد أو والدة يتوقعان من طفلهما أن يتحكم في كل شيء، ربما قبل الأوان، وربما بشكل يفوق طاقة البشر، وماذا يمكن أن نتوقع من تأثير في طفل يطلب منه أحد والديه أن يقوم بغسل الخبز قبل أن يأكله، أو المفاتيح كلما عاد من خارج البيت وهكذا؟

كل طفل يحتاج إلى مدح والديه أو إلى رضاهم، أو على الأقل إلى عدم انتقادهم له، فماذا تكون الطريقة لإرضاء أب موسوس أو أم موسوسة؟ لابد أنها الالتزام بما تمليه الوسوسة الوالدية على الطفل، بما في ذلك من إنكار لمشاعره ورغباته واندفاعاته الطبيعية العادية، وهو يقع في صراع بين أن يتصرف حتى وهو خارج البيت بشكل طبيعي كما يفعل أقرانه، وبين أن يلتزم

بما وعد به أباه أو أمه، فماذا يكون بعد ذلك موقف الوالد الموسوس؟ إنه فقط سوف يطلب من الطفل أداء أفضل في المرة القادمة لأن الوالد الموسوس إن أعجبه سلوك ابنه أو ابنته في أي منحى من مناحي الحياة، وهذا ما يندر حدوثه أصلا، وإن حدث فغالبا ما يخاف من أن يكون سببا في تدليل الطفل، وهكذا بينما ينتظر الطفل مكافأة كبيرة يطلب الوالد الموسوس من الطفل أداء أفضل في المرة القادمة، والتزاما أدق بقواعد الأداء الصحيحة.

إن من الصعوبة بمكان أن تعيش مع أب أو أم يخاف من إظهار المشاعر بوجه عام، ولا يفرح بالمفاجأة لأنه يتوجس خيفة بينه وبين نفسه من كل ما هو غير ملتزم بالقواعد، وكل ما هو مفاجئ هو بالطبع مخالف للقواعد إلى حد ما، يا سبحان الله! إن مثل هذا الطفل في النهاية لابد أن يتحول إلى شخص جامد متحجر لا يستطيع أن يحس إلا بالقواعد والأطر واللوائح وكل ما هو غير إنساني أو كل ما هو محدد بدقة وانتظام. إن عدم القدرة أو عدم السماح بإظهار الحب مباشرة من جهة الوالدين، أو إظهاره فقط بصور أخرى مثل تلبية الحاجات المادية للطفل إنما يحمل في طياته رسالة للطفل مؤداها أن التعبير عن الحب من جهة الوالدين إنما يكون بتلبية الحاجات لا بالسماح بالتسيب، وأن التعبير عن الحب من جهته هو للوالدين إنما يكون بطاعتهم والالتزام بعمل الأشياء كما يطلبون منه. وينطبق هذا الوصف بالطبع أكثر ما ينطبق على حالات اضطراب الشخصية القسرية الوالدية التي ينجب فيها الوالد الموسوس أطفالا موسوسين، ولعل في التاريخ المرضي لحالة سماح التي ذكرتها كمثال على المخاوف الوسواسية في الفصل الأول، ما يوضح كيفية التأثير في المستوى النفسي، فقد كانت سماح نفسها موضوعا لوسوسة الأم (الحالة الأولى) التي كانت تخاف على عذرية طفلتها الصغيرة من أي رجل، وكانت تقوم بتعرية البنت وتفتيش ملابسها بحثا عن نقطة الدم، كما كانت تقوم بالكشف على البنت بنفسها لكي تطمئن كلما حدث أن غابت البنت عنها وكان هناك احتمال لانفراد رجل بها!، لقد أثر ذلك في نفسية البنت بالطبع، ولم تستطع أن تتصرف بشكل طبيعي مع الرجال الذين كان لابد من أن تتعامل معهم في حياتها بعد ذلك، ولا استطاعت أن تنسى لأمها ما تسببت لها به من الألم النفسي وهي طفلة صغيرة، حتى أنها بدت كمن تعاقب أمها بل وأسرتها كلها عندما أصبحت شابة تحمل درجة الليسانس، فعلى الرغم من

أن اضطراب الاكتئاب الجسيم المصحوب بأعراض الوسواس القهري الذي أصاب الأم ـ حسب تشخيص الطبيب النفسي المعالج للأم ـ لم تطل مدته، فقد كانت كلها أربعة أشهر، فإنه ترك أثرا عميقا في نفس البنت، لكننا بالطبع يجب ألا ننسى وجود تهيئة أو استعداد لدى سماح نفسها للإصابة باضطراب الوسواس القهري الذي قد يكون للوراثة دور فيه، لكننا لا نستطيع بالطبع أن نقول إن لما تعرضت سماح له من ضرار نفسي وعاطفي Emotional Abuse دورا في تهيئتها للإصابة باضطراب الوسواس القهري، وإن كان من الممكن أن يهيئها ذلك الضرار للعصابية Neuroticism بوجه عام.

وهناك الكثير من الحالات التي تأخذ فيها وسوسة الأم شكل الخوف المفرط على أبنائها حتى من الذكور، وذلك ما يتحمله الأطفال طالما ظلوا أطفالا، لكنهم عندما يقتربون من مرحلة البلوغ وعندما يبدأون في مقارنة تصرفات الأم معهم بتصرفات أمهات أصدقائهم، غالبا ما يبدأون في إعلان الثورة والعصيان. خاصة في الحالات التي يتخذ الأب فيها دور الناقد أو الساخر من تصرفات الأم ومشاعرها من دون أن يتدخل بطريقة إيجابية ويساعد الأم على العلاج، بل إن بعض الأبناء يسخرون من مشاعر الأم المسكينة التي يشعرهم خوفها عليهم بأنها ما تزال تراهم أطفالا، وبعضهم يعمد إلى اللعب بأعصاب الأم المسكينة، ما أتكلم عنه بالطبع هو ناتج خبرة شخصية يمنعني ضيق المقام هنا من الخوض في إعطاء تفاصيلها المرضية، لكن الذي لاحظت أنه صفة مشتركة بين الأمهات المصابات بهذه الحالة هو الإحساس المتضخم بالمسؤولية والتقييم المفرط لخطر غياب الولد عن عيونها.

ولننظر إلى هذه الحالة على صفحة «مشاكل وحلول للشباب» في موقع إسلام أون لاين www.islamonline.net، والمعنونة بعنوان «الهاجس الجنسي: فعل الأم... ومرض البنت ». حيث تقول الفتاة العربية التي بعثت بالمشكلة:

«أنا فتاة من أسرة متدينة ومحافظة والحمد لله. وأنا أصلي وأصوم وأقوم بما يرضي الله تعالى والحمد لله. وأرجو من الله تعالى أن يتقبل مني أعمالي آمين يا رب العالمين. ومشكلتي هي أنني عندما كنت في الثانية عشرة من عمري حدثت لي حادثة، وهي أنني كنت أنزل من شقة خالي فرأيت رجالا يركبون الدرج (يصعدون السلم)، فخفت وصعدت إلى السطح، ولكن الرجال كانوا يريدون الذهاب إلى السطح لوضع الطقم للمطبخ العلوي فاختبأت وراء

الحائط حتى ذهبوا، ثم نزلت فقالت لي أمي: أين كنت؟ فقلت لها كنت فوق السطح. فقالت لي: دعيني أكشف عليك، فقلت لها: لماذا؟ فقالت لي بصوت حاد بأنها تريد التحقق من أنني لم أصب بشيء (من الرجال) فخفت عندما أعطتني قطعة قماش، وقالت لي أن أمسح مكان عفتي بالقماش كي تتأكد من عدم تعرضي للاغتصاب، يا إلهي كيف تقول لي هذا الكلام؟ وأنا فتاة صغيرة وفي تلك السن؟! عندما أريتها القطعة لم يكن بها شيء، ثم قالت لي: امسحيه جيدا، فلما أريتها إياها كان بها أثر للدم فخفت، وقلت لها: إنها العادة الشهرية ثم نزلت علي العادة يوما أو يومين ثم توقفت؛ ومن جراء هذه الحادثة أصابتني حالة نفسية، وهي أنني عندما أدخل الحمام - أكرمكم الله - أبدأ برش الماء في مكان عفتي، أعني أنني أرشه بقوة حتى أنني مرة من المرات خرج بعض الدم فخفت، ولم يردعني ذلك الموقف عن التوقف. كلما أردت التوقف عن هذا العمل أرجع إليه، يا رب، تب علي وارحمني من العذاب الذي أعيش فيه منذ ١٢ سنة، وبما أنني أصبحت بهذا العمر يأتي الخطاب إلي، ولكني أرفضهم لأني أخاف أن أكون قد فقدت عذريتي، وأصبح هذا هاجسي الوحيد. وعندما تسألني أمي عن سبب رفضي، لا أستطيع أن أقول لها. أفيدوني في مصيبتي، أفادكم الله وسدد خطاكم».

ورد عليها المستشار كما يلي: «صدقت في وصف ما أصابك بالحالة النفسية: لأنها فعلا حالة نفسية تسمى الوسواس القهري، وهي عبارة عن فكرة تسيطر على الإنسان، ويعلم أنها خطأ، ويحاول أن يتخلص منها، ولكنه لا يستطيع، ويصيبه ذلك بالقلق والاكتئاب. وقد يقتصر الأمر على مجرد فكرة قهرية. وقد تترجم هذه الفكرة إلى فعل قهري لا يستطيع الإنسان أيضا مقاومته، وهو ما حدث في حالتك، حيث تحولت فكرة الخوف من فقدان غشاء البكارة - وهي فكرة غير صحيحة، وأنت تعلمين ذلك لأن أحدا من الرجال لم يلمسك، ولكنك لا تستطيعين مقاومتها - إلى فعل قهري هو رش مكان العفة بالماء». حسنا وأكتفي بهذا القدر من رد المستشار لأنني لا أراه قد أحس من الحالة ما أحسسته، ولا أدري لذلك سببا، لكنني أظنه بسبب ما أعرفه من ضغط عصبي تعيش فيه أسرة فريق «مشاكل وحلول» في عملهم بالباب بسبب ضغط رسائل متصفحي الإنترنت من العرب على مدار الأرض عليهم، إضافة إلى أعمالهم الأصلية، ولكن دعوني أشرح هذه الحالة معكم:

أولا: من تلك الأم التي دهمت بهذه القسوة ابنتها التي كانت على مشارف البلوغ كما يتبين من نزول الدم عليها، وكأنه لأول مرة ينزل كما قد يتهيأ للقارئ رغم أنه غير مكتوب (فلم يكن واضحا أنها لأول مرة تحيض)، أو قد يكون ذلك ما يتهيأ للقارئ من قول الفتاة صاحبة الرسالة عن أمها: «يا إلهي كيف تقول لي هذا الكلام؟ وأنا فتاة صغيرة وفي تلك السن؟!»، لست أدري لماذا أحس أنها لم تكن صغيرة عند حدوث هذه الحادثة، فمن الواضح حتى أنها كانت تعرف انها ستأتيها الدورة، ولعلني أستنتج من ذلك أنها كانت فوق العاشرة من العمر، ومعنى شك أمها فيها إلى هذا الحد هو آن الأم لم تكن تثق بابنتها، أي أن أمها كانت موسوسة من ناحية ابنتها أو موسوسة من ناحية إمكان إيذاء الرجال لابنتها، مع توقعها بدرجة كبيرة أن ابنتها قد تنكر حدوث شيء، إما لأنها ستخاف وإما لأنها ربما تكون قد وقعت في الغواية عليَّ. بالرغم من كل ذلك أن أصدقها في أنها كانت صغيرة، لكنني لا أستطيع الإفلات من إحساسي بأن هناك غموضا يكتنف الرسالة المنشورة على الإنترنت، ولا أدري هل حذف منها شيء أم ماذا؟ فهل هذه الأم هي الأم الشرقية طبيعية الخوف على ابنتها؟ بالتأكيد لا، لأن في تصرفها هذا ما يشير إلى علاقة فهم غير طبيعية لابنتها وللرجال وللعالم كله فيما يبدو، هذه الأم إما موسوسة وإما صاحبة اضطراب شخصية ما!

ثانيا: لا أدري كم من الوقت احتاج إليه هؤلاء الرجال لوضع طاقم المطبخ العلوي، لكن المنطقي أنه وقت قصير، وإن كان المهم هنا هو تقدير الأم لهذا الوقت وليس تقديرنا نحن، لأن من الواضح أن البنت أو الفتاة الخائفة التي ما تلبث أن تذكرنا بخوفها كرد فعل أولي يصدر عنها كلما حدث من حولها شيء، ولعل لخوفها هذا ما يبرره لأن الخوف المتعلم يمكن أن يكون من نصيب البنت التي تربيها أم موسوسة، فهذه البنت تخاف دائما لأن أمها تشك في أصابعها وتخاف من ظلها، خاصة إذا تصادف أن لمس ظل رجل في الظلام!!.. المهم أنها تأخرت في نظر الأم، وبعد ذلك تتلاحق الأحداث أقصد الكلمات بشكل كثيف، فهي تقول «ثم نزلت فقالت لي أمي: أين كنت؟ فقلت لها كنت فوق السطح، فقالت لي: دعيني أكشف عليك، فقلت لها: لماذا؟ فقالت لي بصوت حاد بأنها تريد التحقق من أنني لم أصب بشيء (من الرجال) فخفت عندما أعطتني قطعة قماش، وقالت لي أن أمسح مكان عفتي بالقماش كي تتأكد من

عدم تعرضي للاغتصاب!!». من الواضح أن وجودها فوق السطح في وجود مجموعة من الرجال من الخدم والحمالين كان مصيبة كبيرة لسبب مجهول لعله وسوسة الأم!!.

وثالثا: ما الذي تقوله البنت بعد ذلك؟ إنها تقفز من موضوع الخوف عليها عند أمها وخوفها هي من كل شيء، إلى ما أصبحت تفعله في الحمام مع نفسها وكأن هذا نتيجة ذلك بالتأكيد «ومن جراء هذه الحادثة أصابتني حالة نفسية»، إنها تمارس العادة السرية وتعتبرها هي حالة نفسية! ويعتبرها المستشار فعلا قهريا! وهكذا يصبح الذي حدث تحولا من الفكرة التسلطية التي هي الخوف على البكارة في الأم، إلى الفعل القهري الذي هو ممارسة العادة السرية برش الماء بقوة في البنت، فهي تقول: «أكرمكم الله - أبدأ برش الماء في مكان عفتي»، ثم تشكو لنا عجزها عن وقف العادة السرية (الاسترجاز) التي أصبحت طقسا تمارسه كلما دخلت الحمام! لست أدري أنا ما هي الحكاية بالضبط لكنها لأنها تحس بالذنب تجاه فعلها للعادة السرية، فهي تستشعر في لا وعيها، وفي وعيها أيضا، أنها لابد أن تعاقب على ما تفعله ويكون ذلك العقاب بأن تفقد عذريتها، أي أن تعاني الفكرة التسلطية الشهيرة التي تخيف البنات في المجتمع الشرقي!

وما يجب عدم إغفاله هنا هو أن هناك شروطا لأن تعد ممارسة العادة السرية فعلا قهريا، لأن الأمر هنا يتعلق باضطرابات الجنس القهرية التي تدخل ضمن نطاق الوسواس القهري أحيانا، لكنها من الناحية الاندفاعية أقرب لأن الفعل هنا غالبا ما ينتج نوعا من المتعة أكثر من كونه ينتج تقليلا للتوتر والضغط النفسي، كما أنه كثيرا ما يفعل لمجرد المتعة، ويتلوه الإحساس بالذنب خوفا من شيء مختلف كالعقاب السماوي أو الدنيوي، وهذا مختلف عن إحساس الذنب الذي قد يوجد عند مريض الوسواس القهري، الذي قد يحس بالذنب تجاه نفسه، لأنه يفشل في جعلها مثل الناس، أو لأنه يظهر أمام الناس بمظهر اللاواثق بنفسه مثلا.

إنني أذكر مدرسا قرأت عنه (Insel & Akiskal, 1986) كان يعاني اضطراب الوسواس القهري وكانت لديه أفكار تلوث تسلطية وأفعال تنظيف وتطهير قهرية، ولم يكن يستطيع أن يسامح نفسه لأنه تسبب في موت صغيره ذي السنوات السبع، لأنه ظل يطهر الصبي مستخدما المطهرات الكيميائية حتى

تسبب في حدوث التهاب جلدي، وصل من حدته أن مات بسببه الصبي. وهل تدرون لماذا فعل هذا المدرس ذلك؟ لأنه كان يشك في ممارسة ابنه العادة السرية، وكانت هذه الفكرة التسلطية تستوجب منه أن يطهر الولد من الإفرازات النجسة التي توجد على بطنه وفرجه وفخذيه. وأذكر رجلا آخر كان يقوم بالكشف على ابنه بنفسه كل أسبوع ليتأكد من عدم تعرض الولد لاعتداء جنسي من أحد الرجال أو من أصحابه أو أبناء عمومته أو أحد الجيران، ثم عندما كبر الولد لجأ إلى الطبيب النفسي دون علم والده، ولم يكن من الأب إلا أن انهار بسبب فضيحة ابنه له. وكذلك في التاريخ المرضي لحالة سميرة قال زوجها: «وكانت تسرف حتى في تنظيف الأطفال، حتى أنني كنت كثيرا ما أخاصمها لخوفي على أطفالي من النزلات الشعبية»، أي أن الأمر يمكن بالفعل أن يسبب ضررا جسديا إضافة إلى الضرر النفسي ؛ كما أنني أذكر أما مثل أم سماح التي كانت تقوم بالكشف على بناتها بمعدل مرة أو مرتين في اليوم خلال مدة تزيد على السنة، وعندما اكتشف زوجها ذلك ألزمها بأن تعرض نفسها على الطبيب النفسي، وأنا في الحقيقة أرتعد من تخيل ما يمكن أن يكون قد أصاب طفلتيها من ألم نفسي وهما دون التاسعة من العمر! إن تأثير الوسوسة الوالدية في الأطفال يمكن أن يأخذ بالفعل شكلا مأساويا عندما يكون الطفل موضوع وسوسة الأب أو الأم.

وأما في الحالة الثانية التي تكون فيها الوسوسة الوالدية متعلقة بموضوع آخر غير الطفل ذاته، فإن المشاكل قد تنتج من فرض بعض القيود على الأطفال، كقيود تتعلق بالنظافة مثلا: مثل الاضطرار إلى غسل المفاتيح مثلا عند العودة من الخارج، أو إرغام الأبناء على غسل اليدين بطريقة معينة أو لعدد معين من المرات، فالذي يحدث هنا أن الأب أو الأم - وهما مصدر التشريع في البيت، وقدوة الأطفال - تهتز صورتهما في عيون أطفالهما، فإن كان الأب فإن المصيبة أهون، لأنها تسمح للأطفال أكثر بأن يعيشوا بشكل طبيعي بعض الوقت نظرا لضرورة وجود الأب خارج البيت لفترات طويلة في أثناء طفولة أولاده، لكن في حالة الأم تكون الظروف أصعب وأقسى، ولعل في حالة السيدة نورا التي ذكرتها في فصل اضطراب الوسواس القهري ما يذكرنا بما أقصده أنا هنا، فقد قال زوجها: وابنها عندما سمع كلامي في مرة من المرات ولم يغسل مفاتيح الشقة بعد عودته من مدرسته، أو بالأحرى

قبل دخوله غرفتها، كان جزاؤه أنها فرضت عليه طول حياته معها في البيت نفسه ألا يدخل من باب البيت إلا إلى الحمام حيث يستحم، لأنها لم تعد تكتفي بغسل يديه كما كانت، وإن لم يفعل فهي ستضعه على قائمة من هم في حكم أبيه؟ هؤلاء الأطفال يربون إذن في جو ملبد بالخوف والقلق وعدم الثقة بأنفسهم، وعدم الإحساس بالاعتداد بالأسرة، وبعضهم تصيبه حالة من اللامبالاة، ويصلون إلى الإحساس بالدونية وعدم القدرة على الحياة في بيوتهم بالشكل الطبيعي، فإذا كبروا فإن احتمال ثورتهم على كل شيء يزيد، وهم لا يسامحون أنفسهم في أغلب الأحيان على اضطرارهم للكذب على الأم أو الأب في أحيان كثيرة، فهم إذا كانوا طبيعيين وأرادوا أن يعيشوا كذلك لابد أن يضطروا إلى الكذب ويتفوهوا أحيانا بتحاليل لحالة الوالد الموسوس أو الوالدة الموسوسة إنما تنم عن إحساس دفين بالمرارة والعجز، وتنم أحيانا عن السخرية من عدم القدرة على التزام السلوك المنطقي من الوالد أو الوالدة، وبعضهم يوسع رأيه ذلك فيرى كل أفكار الوالد أو الوالدة أفكارا مرضية.

وأما الحالة الثالثة، فهي تأثير الإصابة الوالدية باضطراب الشخصية القسرية، وكلمة الإصابة هنا في الحقيقة قد لا تكون موفقة لأن اضطراب الشخصية إنما هو اضطراب في السمة، بمعنى أنه يصبغ حياة الشخص كلها منذ بداية مراهقته أو حتى منذ طفولته، وعلينا أن نستنتج من ذلك أن الأب أو الأم هنا يكون موسوسا من قبل أن يكون أبا أو أما! بمعنى أن الأطفال يولدون وهو أو وهي على هذه الحالة، صحيح أن الحالة تتميز بتداخل الأعراض فيها مع السلوكيات الحياتية العادية. ويكون التمييز بين ما هو دليل على المرض وما هو سلوك بشري عادي أمرا يحتاج إلى خبرة وإلى وقت لكي يفصل فيه، لكن من يعيشون مع صاحب الشخصية القسرية يختلف الأمر بالنسبة إليهم، فشريك الحياة والأبناء إذن وضعهم مختلف لأنهم أكثر من يعانون الجوانب السلبية في هذه الشخصية.

فالجوانب الإيجابية في الشخصية القسرية، إذا ما استرجعناها إنما تتمثل في الانضباط والالتزام باللوائح والقوانين مع الإخلاص والتفاني في العمل، وهي أشياء ربما ينتفع بها المجتمع أو المؤسسة التي يعمل بها صاحب الشخصية القسرية، كما أنها تساعده هو في بناء وضعه الاجتماعي، لكن من هم في وضع المرؤوسين له في العمل يعانون الضغط الذي يمارسه عليهم

وعدم رضاه عن كل ما يفعلون ومن انتقاده المستمر لهم، وأما من هم في وضع الأبناء أو شريك الحياة لصاحب الشخصية القسرية فإنما يشعرون في أحسن الأحوال بأنه غائب عنهم لأنه لا وقت لديه للمشاعر، أو بمعنى أصح للتعبير عن المشاعر، إنه شخص جاف جدا وجاد جدا إلى الحد الذي يفوق احتمال البشر في الكثير من المواقف، ثم إذا تذكرنا التردد الذي يعانيه عندما يطلب منه اتخاذ قرار وإذا تذكرنا صفة البخل أو الحرص، إذا كانت من بين صفاته الواضحة أو المؤثرة، فإننا نستطيع أن نتخيل كيف تكون معاناة الأبناء في هذه الحالة.

والحقيقة أن كون الأم صاحبة شخصية قسرية لابد أن يكون أكثر تأثيرا في الأطفال من كون الأب هو صاحب الشخصية القسرية: نظرا لحميمية وطول العلاقة مع الأطفال من جانب الأم، وهناك واحدة من النقاط المتعلقة بهذا الموضوع وضعت فيها بعض الفرضيات، ولكنها لم تثبت بالملاحظة العملية في عيادات الطب النفسي، وهذه النقطة هي عملية التدريب على استخدام الحمام Toilet Training، فكما ذكرت في فصل اضطراب الشخصية القسرية فإن نظرية التحليل النفسي ترجع أسباب تكون الشخصية القسرية إلى الصعوبات النفسية التي يواجهها الطفل في أثناء هذه الفترة إذا وصلت شدتها وحدتها إلى المستوى الذي يحدث معه تثبيت في هذه المرحلة (المرحلة الشرجية) من مراحل النمو النفسي الجنسي Anal Fixation، ولنتخيل أما موسوسة أو صاحبة شخصية قسرية، فمن الطبيعي أنها ستتوقع من أطفالها قدرة مبكرة على التحكم والانضباط، وهو ما لا يحدث دائما كما أنه يفتح احتمالات كثيرة لأشكال التأثير السلوكي في الأطفال، هذه الأم ربما تحاول تدريب طفلها على التحكم في عملية التبرز في سن صغيرة، ربما كانت حتى أقل من السنة، ومعروف كما ذكرت سابقا أن نمو الوصلات العصبية بين النخاع الشوكي وبين القشرة المخية، تلك الوصلات التي تجعل ذلك التحكم ممكنا، إنما يحدث في السنة الثانية من العمر، وربما قرب نهايتها، معنى ذلك أن هذه الأم تطلب من طفلها ما لايستطيع هو بيولوجيا أن يصل إليه، وبما أن صاحبة الشخصية القسرية لا تعترف بالضعف أو بالعجز البشري إلا مرغمة، ولا تغفر الإهمال أبدا، فإن مثل هذا الطفل طفل مسكين لأن أمه

تريده أن يطلب القسرية وهو بعد لا يتلقى في وعيه الإشارة بأن المستقيم ممتلئ وأنه على وشك التبرز كما يحدث في الكبار! لكنها لا تفهم ذلك وتريد من طفلها أن يكون نظيفا منذ ولادته إذا استطاعت.

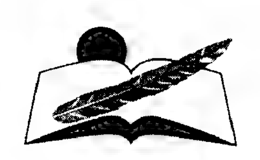
وكانت هناك نظرية تتعلق بهذا الموضوع (Anthony , 1957)، حيث كانت تقول إن معظم الأطفال الذين يعانون التبرز اللاإرادي الثانوي Secondery Encopresis (أي الذي يحدث بعد فترة من اكتساب القدرة على التحكم في عملية التبرز، وليس التبرز اللاإرادي الأولي Primary Encopresis، الذي غالبا ما تكون أسبابه عضوية أو نتيجة للإهمال في عملية التدريب على استخدام الحمام من جانب الأم)، معظم هؤلاء الأطفال يكونون أطفالا لأمهات من صاحبات الشخصية القسرية، إلا أن هذه النظرية لم تلق الكثير من الدعم خلال الممارسة العملية للطب النفسي (Olatawura 1973)، فقد وجد أن القلق هو أكثر سمات هؤلاء الأطفال، كما أن سمات الشخصية القسرية ليست هي سمات اضطراب الشخصية الوحيدة ولا حتى الأغلب بين أمهات الأطفال المصابين باضطراب التبرز اللاإرادي.

وفي دراسة غربية حديثة طريفة درس تأثير الوسوسة الوالدية في الاستجابة لأحد عقاقير الماسا الأوروبية، حيث شارك في الدراسة أحد عشر طفلا ومراهقا من مرضى الوسواس القهري، إضافة إلى أحد والدي كل واحد منهم، وأعطت الدراسة نتيجة تعاكس كل ما توقعناه: فقد كانت الاستجابة للعقار في الأطفال أفضل بكثير في أطفال الوالد الموسوس منها في الحالات الأخرى التي يكون فيها الوالد سليما أو مريضا باضطراب نفسي آخر غير الوسواس القهري (Yaryura-Tobias et al.,2000)، ويفهم من هذه النتيجة أن للوسوسة الوالدية تأثيرا إيجابيا في الطفل المصاب باضطراب الوسواس القهري! ولعل ما يفسر ذلك هو كون الوالدين على علم بسخافة وصعوبة المرض وبضرورة علاج الطفل منه، لكنني لا أظن أن مثل هذه النتائج يمكن أن تشابه نتائج دراسة تجرى في بلادنا لسبب بسيط هو أن معظم الكبار من الموسوسين لايعالجون ولا يعرفون أنهم مرضى.

إلا أن الدراسات التي أجريت لبيان تأثير أساليب التربية الوالدية في المرضى النفسيين بينت تأثيرا سلبيا لزيادة الحماية الوالدية (Parental Protectiveness) للأطفال خاصة في حالة اضطرابات القلق

(Turgeon et al.,2002) والتي تشمل اضطراب الوسواس القهري، لكن هذه الدراسات - حتى الآن - تعتمد على تذكر الكبار من المرضى لأيام طفولتهم، وهو ما يشكك في النتائج إلى حد ما. إذن فعلى الرغم من أن التخيل والتوقع والبناء على الفهم ممكن، فإن الاستنتاجات التي نصل إليها لا تكون دائما صحيحة. وهناك خاصة في مسألة تأثر الأطفال بطريقة التربية أو أسلوب التعامل الوالدي، هناك عوالم من الاحتمالات في حقيقة الأمر ولا يعلم الغيب إلا الله: لأن التفاعل بين المادة الوراثية والظروف البيئية إنما يستطيع إعطاء احتمالات لا حصر لها، وبعض الدراسات الغربية (Parker et al.,1979) (Haffner,1988) و (Leckman et al.,1999) تؤيد ذلك، حيث تبين أن الوالدين الموسوسين يعطيان أطفالهما اهتماما أكثر من غيرهم وهو ما يفتقد إليه الكثيرون في الغرب.

فلا نستطيع أن نعمم ونقول إن تأثير الوسوسة الوالدية في الأطفال هو كذا أو كذا لأن طريقة تشكل السمات الشخصية لا تقاس ولا يصح التنبؤ بها بهذه السهولة، وكل ما نستطيع قوله هو أن الوسوسة الوالدية كثيرا ما تحمل الأطفال ألما نفسيا ومعاناة ربما يكون لها أثر في سلوك الطفل فيما بعد، كما يمكن أن تكون لها تفاعلات مع ما يحمله هذا الطفل من موروثات جينية يأخذها من الأب الموسوس أو الأم الموسوسة، ولكن الشكل الذي سنصل إليه في النهاية يصعب التنبؤ به.



١٩ تشريح المعاني

تعتبر مناقشة المعاني التي يقدمها هذا الفصل في حد ذاتها تشريحا لأنواع من الخبرات النفسية والمعرفية البشرية العامة، والتي لا يشترط أن توجد في كل مريض باضطراب الوسواس القهري ولا كل مريض باضطراب الشخصية القسرية، ولا يشترط أن يعتبر وجودها في حد ذاته دليلا على وجود مرض نفسي، أي أن وجود واحدة منها أو أكثر بدرجات متفاوتة لا يعني وجود اضطراب نفسي في الشخص الذي توجد فيه. فهي طرق تفكير توجد عند كل الناس وخبرات توجد عند كل الناس، ولكنها عند مريض اضطراب الوسواس القهري أو اضطراب الشخصية القسرية تأخذ بعدا مغايرا للطبيعي إلى حد ما. ومعظم ما سوف يناقش في هذا الفصل من خبرات أو أساليب تفكير يعتبر أرضية مشتركة، قد يقف عليها صاحب السمات الوسواسية، كما قد يقف عليها صاحب حالة الوسواس القهري، ولعل من المفيد أن أقول أن أكثر هذه الأساليب تعتبر مناقشتها ومحاولة إيجاد طرق لتعديلها تتناسب مع ثقافتنا العربية الإسلامية بداية على طريق العلاج المعرفي العربي الإسلامي.

«إن كل ما تملكه أنت وأنا من ناحية وجود أيدينا هو مجرد شعورنا بالثقة التامة في أن أيدينا موجودة»

المؤلف

أولا: الإحساس المتضخم بالمسؤولية Inflated Sense of Responsibility والشعور بالذنب Guilt Feeling

لعل أهم ما يميز طريقة تفكير الكثيرين من مرضى اضطراب الوسواس القهري إحساسهم المتضخم بالمسؤولية (Salkovskis et al., 2000)، فهم يعتبرون أنفسهم مسؤولين عن نتائج أحداث وأفعال قلما يحس شخص بأنه مسؤول عن نتائجها، حتى أن الأمر يصل ببعضهم إلى الخوف من فعل أي شيء خوفا مما قد ينتج عنه من نتائج بشعة سواء للشخص نفسه أو لأفراد أسرته أو جيرانه أو المجتمع بصفة عامة، ولعل في الأمثلة التالية ما يوضح المعنى المقصود:

١ـ هناك من يقرر عدم الخروج من البيت، لأنه يخاف ألا يغلق الباب أو ألا يغلقه جيدا، فهو هنا إنما ينطلق من إحساسه بالمسؤولية عن أمن وسلامة البيت، وأحيانا يصل الأمر بمثل هذا الشخص في النهاية إلى إقناع نفسه وتبرير بقائه في البيت بأن يقول لنفسه مثلا «بقاؤك في البيت حريصا على عدم الوقوع في الخطأ خير من تسيبك وتفريطك فيما أنت مسؤول عنه. فالندم لا يجيء إلا بعد فوات الأوان»، فتراه يقرر عدم الفعل لكي يجتنب الخطر Harm Avoidance، وتعتبر صفة الرغبة في اجتناب الخطر، ولو حتى كان الثمن هو الامتناع عن الفعل، من صفات الكثيرين من الموسوسين.

٢ـ وهناك من مرضى الوسواس القهري من يتألم إذا مشى في الشارع، لأنه بالتأكيد يدوس على كائنات حية (عادل كمال خضر، ٢٠٠٠) من دون أن يدري، وتراه في نهاية الأمر يفضل عدم السير، وكأنه يحس بمسؤوليته عن الكائنات الحية كلها، وهناك من أصبح يجد نفسه مضطرا إلى أن يعود بسيارته من حيث أتى، ليستطلع الطريق الذي جاء منه لتوه ليتأكد من أنه لم يدهس أحد المارة، وحدث ذلك كله من بعد أن داس الأوتوبيس الذي كان يسافر فيه كلبا كان يعبر الطريق فجأة.

٣ـ وهناك من مرضى الوسواس القهري أيضا من إذا قرأ كلمة موت مثلا في كتاب أو جريدة أحجم عن النظر في عيون الناس، لكي لا يتسبب في موتهم، كما أنه توقف عن إكمال قراءة الكتاب لسبب بسيط ـ كما قال ـ وهو: أنه لن يستطيع قراءة ما تبقى من الكتاب أو الجريدة لكي لا يلوث المستقبل بالموت، وهنا نرى صفة التقييم المفرط للخطر أو التهديد Overestimation of Threat، وهي صفة

معرفية تعذب المريض، والحل الوحيد أمامه، لكي يتخلص من إحساسه الضخم بالمسؤولية هذا، هو أن يعيد قراءة ما سبق من الجريدة أو الكتاب لكي يجد حلا لما حدث، فيمكن مثلا أن تكون هناك كلمة حياة في الكتاب نفسه ويستطيع بقراءتها أن يعادل تأثير قراءته لكلمة موت!!!

٤- وهناك المثل الشهير للأم التي تخبئ كل السكاكين عند جارتها، لأنها تخاف من أن تذبح أو تؤذي أبناءها، وتراها متألمة جدا بسبب ذلك ولا تستطيع مسامحة نفسها، وتبرر تصرفها هذا لنفسها بأن «عدم منع المصيبة إنما يساوي أن تتسبب فيها وأن تكون مسؤولا عنها بالتالي».

٥- وهناك من يمتنع عن الذهاب إلى أماكن العبادة، لأنه سيتسبب في غضب السماء على أهل الأرض، لأنه تتسلط عليه أفكار فيها تجرؤ على الذات الإلهية كلما دخل إلى مكان عبادته.

كل هؤلاء إنما يجمع بينهم شيء واحد في الأساس هو الإحساس المتضخم بالمسؤولية، ولما كان وجود شخص آخر، أو بمعنى أصح، وجود من يشارك في تحمل المسؤولية مع الشخص الموسوس يؤدي إلى تقليل إحساسه بالقلق، وتقليل تنفيذه للفعل القهري (Marks et al.,1975)، فإن ذلك يؤدي إلى محاولات من جانب المريض لإشراك الآخرين معه ليريح نفسه من العذاب، فالأم التي تخاف من طعن أبنائها أو ذبحهم تجد الكثير من الراحة في وضع السكاكين عند جارتها، أو وضعها في درج مغلق ومفتاحه عند جارتها، وهكذا تضمن ألا تستخدم السكين إلا في وجود جارتها. وفي حالة من يخاف من ترك باب البيت مفتوحا، نجده يستعين بأحد أعضاء الأسرة معه لكي يتحقق بنفسه من إغلاقه للباب مثلا.

وهناك من يجد نفسه مضطرا إلى عمل شيء ليعادل به تأثير الفكرة التسلطية المتخيل Neutralizing Act، وهو بالتالي يقلل من إحساسه بالقلق، فمثلا هناك من يعود بسيارته لكي يستطلع الطريق الذي قطعه لتوه ليتأكد من أنه لم يدهس أحدا. وهناك من يحتاج إلى قراءة كلمة حياة لكي يعادل تأثير كلمة موت التي قرأها، فيستطيع أن يعاود النظر إلى الناس وإلى العالم، ومن بين هؤلاء من يصبح تذكر كلمة موت عنده معادلا لقراءتها ومسببا للنتائج نفسها في رأيه، ويحتاج بالتالي إلى تذكر كلمة حياة لكي يمنع تأثير كلمة موت! من الواضح إذن أن خللا ما في طريقة أو نوعية التفكير يسمى

بالتفكير السحري أو الخيالي Magical Thinking يجعل من الفكرة في حد ذاتها معادلا للحدث، فمجرد قراءة كلمة يجعل لها تأثيرا في الآخرين، ومجرد تذكره للكلمة يفعل الفعل نفسه، فمثلا لا فرق بين أن تذبح المرأة ابنها وبين أن تتخيل رغما عنها أنها تفعل ذلك، وهناك من تتخيل أن مجرد كونها تتخيل رغما عنها أنها تخون زوجها إنما يساوي فعل الخيانة نفسه، فالتخيل الذي يقتحم عليها وعيها على الرغم من رفضها يساوي عندها فعل الخيانة لزوجها! فتخيلوا مدى الإحساس بالذنب، أقصد بالمسؤولية، الموجود داخل هذه السيدة التي تتعذب بوساوسها الحزينة.

المهم أن الإحساس المتضخم بالمسؤولية هذا إنما يعتبر الخلفية المشتركة للتفكير بين الكثيرين من مرضى اضطراب الوسواس القهري، وهو ما يتطور بعد ذلك إلى الرغبة في التحكم في الأفكار، والرغبة في قمعها لتجنب التفسيرات والمعاني المؤلمة التي تنتج عنها (وذلك على رغم علم الشخص بأنها تفسيرات خاطئة في معظم الأحيان)، لكن المشكلة آن محاولة التحكم في الأفكار هذه للأسف إنما تؤدي إلى نتيجة عكسية، فهي تزيد من حدة الأفكار الاقتحامية ولا تقللها، كما يأمل الشخص (Clark & Purdon,1995). والغريب في هؤلاء المرضى أن المفاهيم المتعلقة بقدرة الإنسان على كبح جماح أفكاره مشوهة عندهم إلى حد كبير، فهم يشعرون بأنهم مسؤولون بالتأكيد عن أفكارهم، وأنهم يجب أن تكون لديهم القدرة على التحكم فيها (Salkovskis et al.,1999)، أي أننا نعود مرة أخرى إلى الإحساس المتضخم بالمسؤولية.

ويضاف إلى ذلك أن اهتمام الشخص المبالغ فيه هذا بما يجول في خاطره بخصوص موضوع معين، غالبا ما يصاحبه نوع من الانهماك الشعوري في الموضوع، إضافة إلى التحيز الانتباهي Attentional Bias لكل ما هو متعلق به من أفكار أو خواطر (Clark & Purdon, 1995)، وهو بالتالي يقع فريسة للأفكار الاجترارية المتعلقة بالموضوع والتي لا يستطيع منها فكاكا، ولا ننسى أنه هو نفسه الشخص الذي لا يجد العذر لنفسه في أنه يفكر بهذه الطريقة، ومن المفاهيم المصاحبة لمفهوم الإحساس المتضخم بالمسؤولية أيضا مفهوم التقييم المفرط للخطر Overestimation of Threat، حيث يتداخل تضخيم المسؤولية مع تضخيم الإحساس بالخطر من شيء، قد يراه الكثيرون عابرا أو لا يحمل كل هذا الكم من الخطر الذي يضفيه مريض الوسواس القهري عليه،

والحقيقة أن طريقة التفكير هذه وصفة الإحساس المتضخم بالمسؤولية قد جرى إثبات وجودها، بل قيست بالقياسات النفسية في مرضى الوسواس القهري (Amir et al.,2001) و(Bouvard et al.,2001).

وأما ما هو متضمن في الإحساس المتضخم بالمسؤولية فهو الإحساس أو الشعور بالذنب، ولعل لذلك علاقة بالترابط الموجود بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الاكتئاب الجسيم، لأن الشعور بالذنب أيضا جزء لا يتجزأ من الاكتئاب، والشعور بالذنب كما تقول فوزية الدريع (فوزية الدريع , ٢٠٠٢) «هو شعور مقلق سلبي تقف خلفه عوامل ثلاثة:

١- حين تكسر حاجزا أخلاقيا، أو تخرج على عادة اجتماعية سائدة، تتهم نفسك بأنك شخص غير مبال أولا مسؤول، وقد يدفعك ذلك إلى استنتاج أنك غير جدير بالقيم التي تخطيتها، أو إلى الاستمرار في تخطيها أو معاداتها.

٢- تفكر في نتائج ما فعلت وفي من تضرر نتيجة ذلك، أو من عرف به. وكلما كان عدد الأشخاص المتضررين أو المطلعين على فعلتك أكبر، كانت مساحة الشعور بالذنب أكبر.

٣- هناك علاقة وثيقة بين النقطتين الأولى والثانية، أما النقطة الثالثة فهي مختلفة تماما فبينما كنت تفكر فيما فعلت، وفيما لحق الآخرين من ضرر في النقطتين الأوليين، يتركز تفكيرك كله في النقطة الثالثة، على جوهرك أنت، إنك تفكر في نفسك وفيما لحق بك من إيذاء».

وعلى رغم أن هذا التشريح لمعنى الشعور بالذنب هو تشريح رائع، إلا أنه يتعلق بالشعور بالذنب المتعلق بالاكتئاب أكثر من تعلقه بالوسواس القهري، وإن كانت فوزية الدريع تقول في موضع آخر من الكتيب نفسه (فوزية الدريع , ٢٠٠٢): «أحيانا يكون الشعور بالذنب بسبب أن البعض يحمل نفسه مسؤولية أكثر مما يجب... والإحساس بالذنب نتيجة المبالغة في الإحساس بالمسؤولية مسألة تجدها واضحة على ضحايا الأزمات، الذين يعيشون ويموت معهم آخرون، وأحد أعراضهم النفسية إحساسهم بأنهم كان يجب أن يفعلوا شيئا لإنقاذ الآخرين، مع أن واقع الحال أنه ما كان فعليا بيدهم شيء يفعلونه»، وهي هنا أيضا تشير إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة (اضطراب الكرب التالي للرضح Posttraumatic Stress Disorder وليس لاضطراب الوسواس القهري، ولعل هذا التداخل ما بين طرق الفهم لطرق التفكير

الموجودة لدى مرضى اضطرابات القلق، على اختلاف أنواع اضطراباتهم، هو ما يجعل نقاط التشابه في أساليب العلاج المعرفي لكل هذه الاضطرابات كثيرة إلى حد كبير.

وإذا أردنا مناقشة مفهوم الشعور بالذنب في حد ذاته فإننا نستطيع تعريفه أولا (Klass,1987) بأنه شعور بغيض واع يشمل لوم النفس، والندم على أفكار أو مشاعر أو أفعال الشخص مع إحساس بالإثم، لأن الشخص انتهك مبدأ أخلاقيا ما، إلا أن تساؤلا يبرز هنا مؤداه هو: هل الشعور بالذنب أصلا هو خبرة شعورية أم هو عملية معرفية. بمعنى هل هو فكرة في الأساس أم مشاعر في الأساس؟ (Berrios et al., 1992). ثم ما منشأ الشعور بالذنب؟ هل هو أساليب التربية الأخلاقية كما يرى معظم علماء النفس (Abramson & Sackheim, 1977)، أم أن منشأه متعلق بتأثير الدين في الناس (Brandon, 1973)، الحقيقة أن الإجابة عن مثل هذا السؤال لا تزال غير محددة في الفكر الغربي، وإن كنت أظن نتائج البحث عنها في الفكر العربي ستكون أقل تضاربا منها في الفكر الغربي، لأن الإنسان العربي متدين بطبعه ومنذ بداية وجوده، كما أن الشعور بالذنب في العقيدة الإسلامية لا منشأ له إلا بعصيان الله عز وجل، أي أنه حادث، أي ليس موجودا من الأصل ولكن بعد الوقوع في الذنب، وباب التوبة مفتوح مباشرة أمام العبد من دون الحاجة حتى إلى إفشاء سره، أي أن الشعور بالذنب حسب العقيدة الإسلامية حادث وعارض أيضا «لأنه ينتهي بمجرد التوبة» (معتز السيد عبد الله، ١٩٩٦) ب و(جمعة سيد يوسف، ١٩٩٦) ب، والتوبة، كما يقول حجة الإسلام الإمام الغزالي الذي يعتبر من رواد مؤسسي علم النفس الإسلامي في «إحياء علوم الدين» لها أركان ثلاثة: علم وحال وفعل. فالعلم هو معرفة ضرر الذنب المخالف لأمر الله، والحال هو الشعور بالذنب، والفعل هو ترك الذنب والنزوع نحو فعل الخير.

ويقول عز وجل:﴿ قل يا عبادي الذين أسرفوا على أنفسهم لا تقنطوا من رحمة الله إن الله يغفر الذنوب جميعا إنه هو الغفور الرحيم﴾ صدق الله العظيم، ويقول رسول الله صلى الله عليه وسلم: «التائب حبيب الرحمن والتائب من الذنب كمن لا ذنب له» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، ومن هنا نفهم مدى أهمية الالتجاء إلى هذه المفاهيم كي يعالج العصابي «المسلم» من صراعاته والمكتئب من يأسه وشعوره بالذنب، وكذلك السيكوباتي من تكرار أعماله العدوانية الشنيعة وذنوبه المتكررة (سليم عمار، ٢٠٠٢).

وبينما هذا هو الموقف الإسلامي فإن الشعور بالذنب يعتبر شعورا مركزيا في الفكر المسيحي الغربي،لأن مفهوم الخطيئة العظيمة هو الذي جاء المسيح عليه السلام لتخليص البشرية منه. ولذلك تجد المسيحي المؤمن شاعرا بالذنب دون مبرر معقول في كثير من الأحيان (Brandon , 1973)، ولعل الجانب النفسي للموضوع يبدأ عندما يحدث نوع من الانشقاق Dissociation ما بين الفعل الحقيقي الذي يعتبره الفاعل ذنبا وما بين إحساس الشخص نفسه أو فكرته عن ذلك الفعل، أي عندما لا يكون شعور الشخص بالذنب بسبب فعل ما متماشيا مع حقيقة هذا الفعل في الواقع، فقد يكون الفعل بسيطا لكن الشخص يحس بكم كبير من الذنب تجاهه، وقد يكون العكس في حالات اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع. وقد لا يكون هناك فعل على الإطلاق يستوجب الشعور بالذنب في حالات الاكتئاب، ولذلك طلب منذ القرن التاسع عشر في أوروبا من الفلاسفة ومن رجال الدين ومن الأطباء النفسيين و علماء النفس على حد سواء، أن يضعوا التفاسير والمعايير العلمية لهذه الحالات (Billod , 1856) و(Chaslin , 1912)، التي يحدث فيها مثل هذا الانشقاق ما بين الفعل في حد ذاته وما بين تقييم الفاعل له.

المهم أن ما يعنينا هنا هو وجود الشعور بالذنب، كوجه آخر لعملة الإحساس المتضخم بالمسؤولية نفسها عند مرضى اضطراب الوسواس القهري، بل إن إحدى الدراسات الحديثة (Fava et al., 1996) التي بحثت في بوادر أو الأعراض البادرية Prodromal symptoms لاضطراب الوسواس القهري وجدت الشعور بالذنب واحدا من بين هذه البوادر، واستنتج الباحثون من ذلك وجود علاقة ما بين اضطراب الوسواس القهري واضطرابات المزاج أو اضطراب الاكتئاب الجسيم.

كما أن الدراسات التي تبحث في منشأ الشعور المتضخم بالمسؤولية في مرضى اضطراب الوسواس القهري ترجعه إلى وجود النزوع للشعور بالذنب كسبب للشعور المتضخم بالمسؤولية (Salkovskis, 1985) و(Rachman, 1993)، وإذا أضفنا إلى ذلك معرفتنا بتقييم مريض الوسواس القهري لأفكاره وكأنها أفعال، بحيث يصبح تفكيره في فعل الفعل أو تخيله لفعل ما مساويا في رأيه لقيامه بذلك الفعل (Shafran et al.,1996)، وهو ما تمكن تسميته باندماج الفكرة بالفعلة Thought Action Fusion لاستطعنا أن ندرك أن الشعور

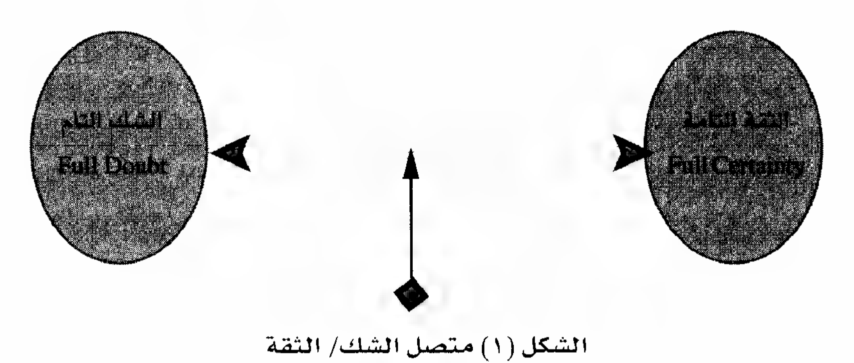
بالذنب يعذب مريض اضطراب الوسواس القهري على المستوى المعرفي، ربما أكثر مما يعذب مريض اضطراب الاكتئاب الجسيم، فمريض الوسواس القهري يضخم من عواقب أفكاره السيئة إلى حد بعيد، كما أنه يرى أن عليه معادلة هذه الأفكار بأفكار أخرى طيبة (Shafran et al.,1996) وهكذا نعود إلى مفهوم التفكير السحري أو الخيالي داخلا مع مفهوم اندماج الفكرة بالفعلة.

ولعل هناك صفات أخرى تكون متضخمة في مرضى اضطراب الوسواس القهري، لها علاقة بصفة الإحساس المتضخم بالمسؤولية مثل عدم تحمل الشك Intolerance of Uncertainty، فهم لا يتحملون أن تظل جوانب من الموضوع خافية عنهم أو مجهولة، أو غامضة إلى الحد الذي يمكن أن يدفع بعضهم إلى الإحجام التام عن الاهتمام بالموضوع، وهناك أيضا عدم الثقة في قدرتهم على مواجهة الخطر Capacity to Cope، ولعل في ذلك ما يحملنا إلى المعنى الثاني الذي أنوي تشريحه وهو الشك المرضي.

ثانيا: الشك المرضي Pathological Doubt

وسوف يقتصر حديثنا هنا على شك مريض اضطراب الوسواس القهري في أفعاله هو، لكي نستبعد معنيين يمكن أن يتبادر أي منهما إلى ذهن المتحدثين بالعربية، وهما معنى الغيرة المرضية على المحبوب Pathological Jealousy وكذلك معنى الشك في نوايا الآخرين أو الشك الزوراني Paranoid Doubt، فمن الملاحظات التي تتبادر إلى ذهن المتعاملين مع مرضى الوسواس القهري أيضا اختلال مدى ثقتهم بأفعالهم، أو بمعنى أدق بتذكرهم أنهم فعلوا أفعالهم أو لم يفعلوها؟، أو فعلوها بالدقة اللازمة أو لا؟، فالمريض يشك في أنه أغلق القفل جيدا بينما المفتاح لا يزال نصفه في القفل لم يخرج بعد، ويشكون مرة أخرى بعد إخراج المفتاح من القفل، وهكذا وقد افترض بعض علماء النفس أن ذلك ناتج عن خلل حقيقي في الذاكرة، إلا أن معظم الدراسات التي أجريت لإثبات صحة ذلك من عدمه لم تستطع إلا إثبات أن ثقة مريض اضطراب الوسواس القهري في ذاكرته هي التي تهتز وتضعف، عندما يتعلق الأمر بدرء الخطر أو منع حدوثه (Tolin et al., 2001)، كما أن مرضى اضطراب الوسواس القهري الذين يعانون من أفكار التحقق التسلطية وأفعال التحقق القهرية كانوا أقل ثقة في ذاكرتهم من مرضى الوسواس القهري الآخرين.

وتشريح مفهوم الشك في الحقيقة إنما يصبح أكثر سهولة ووضوحا عندما يشرح في مقابل مفهوم الثقة، وكلاهما من المفاهيم التي استنفدت الكثير من وقت الفلاسفة وعلماء النفس على حد سواء، وليس الأمر من الناحية العلمية بالبساطة التي تبدو للقارئ، فإذا اعتبرنا أن الثقة هي عكس الشك أو اعتبرنا أنهما يقعان على متصل شعوري فكري واحد، يمثلان طرفي النقيض فيه، ويقع إحساس أو إدراك الناس لشيء معين على درجات مختلفة على هذا المتصل، بعضهم يكون أقرب للشك وبعضهم أقرب للثقة من ناحية هذا الشيء كما يتضح من الشكل التالي:



الشكل (١) متصل الشك/ الثقة

فإذا كنا كلنا نعرف ما هي الثقة فدعني أفاجئك بهذا السؤال: كيف تستطيع أن تكون واثقا من وجود يديك؟ أنا أعرف طبعا أنك واثق من وجود يديك، وتستطيع أن تقسم على ذلك، وأنا طبعا لا أشكك في ذلك لكنني أسأل كيف تستطيع أنت أن تكون واثقا من ذلك، أي ما هي الطريقة التي تصل بها إلى هذه الثقة؟ إن كل ما تملكه أنت وأنا من ناحية وجود أيدينا هو مجرد شعورنا بالثقة التامة في أن أيدينا موجودة!! وتخيل معي أنني أو أنك - لا قدر الله - فقدت هذا الشعور! ماذا سيحدث لك أو كيف سيصبح حالك؟ لقد عرفت مريضا باضطراب الوسواس القهري كان يشك بعد أن يغادر مكانا ما أن يده سقطت منه في ذلك المكان، ثم يعود إليه ليتحقق من أن يده لم تسقط منه. وذلك رغم علمه أن يده موجودة في يده الأخرى التي يمسكها بها ليؤكد لنفسه أن يده موجودة، لكنه لا يستطيع الاكتفاء بذلك لأن لديه إحساسا بأن

يده ربما تكون قد سقطت منه، ويريد التحقق من ذلك رغما عنه. إنه كالمريض باضطراب الوسواس القهري الذي يغسل يديه خمسين مرة متتالية، لأن لديه إحساسا متصلا ومزعجا بأن نظافة يديه ليست على ما يرام، وهو أيضا كالمريض الذي يرجع للتحقق من إغلاق قفل الباب عشرين مرة، لأن لديه إحساسا بأن القفل ربما لم يقفل جيدا... وهكذا، إذن فالشك هو شعور مثلما الثقة هي شعور ولكنها مشاعر معرفية، بمعنى أنها مشاعر تساعدنا على بحثنا عن المعرفة في حياتنا.

وهناك مشكلة قديمة للعلم مع المشاعر. وهي أن المشاعر لا تتمتع دائما بالعول Reliability (أو الثبات) المطلوب (أي أنها لا يمكن الوثوق بها مائة بالمائة)، فمشاعرنا يمكن أن تتأثر بأبسط التغيرات في كيمياء الدم، مثلا بنسبة السكر في الدم، أو مستوى هرمون معين (Kolak D. and Martin, R. 1991 و(Kolak D., 1993) و(Tolin et al., 2001)، بل إن لدينا من الخبرة مع المرضى الذين تحدث لهم إصابات في المخ، ما يبين بوضوح أن بعض هذه الإصابات يمكن أن يحدث أعراضا نفسية، تتراوح ما بين الثقة التامة بل المتطرفة في صحة شيء غير صحيح إلى الشك التام أو المتطرف في صحة شيء صحيح، أي ما بين الفكرة الضلالية والفكرة التسلطية وربما الأفعال القهرية الناتجة منها.

بل إن بعض حالات السكتة الدماغية Cerebral Stroke، خاصة تلك التي يكون مكان انسداد الشريان فيها في فص المخ الجداري الأيمن Right Parietal Lobe، تصحبها اضطرابات يسميها أطباء الأمراض العصبية جهل المرض أو عمه المرض Anosognosia، ويعتبرونها اضطرابات في البصيرة أو في إدراك الشخص لصورة جسمه، وما تلك الحالة لو عرضت على طبيب نفسي بعد إخفاء تاريخ السكتة الدماغية عن الطبيب النفسي (وهذا سهل في معظم الأحيان، لأن كثيرين من المصابين بسكتة في هذا الجزء من المخ، خاصة في الحالات التي لا تكون فيها الإصابة بعيدة عن مناطق القشرة الحركية Cortical Motor Areas يشفون من الشلل إن حدث حتى في البداية، وهم لذلك يدخلون إلى الطبيب النفسي سائرين على أقدامهم) ما تلك الحالة لو عرضت على طبيب نفسي إلا موضوعة في مكان ما، بين الاضطرابات النفسية التي يمكن أن نتخيل أوضاعها على متصل الثقة/الشك (الشكل١)،

وكثيرا ما تكون الحالة مصحوبة باكتئاب يغلف أعراض المريض بغلاف نفسي ممتاز، ولكن المريض قد يشكو من أشياء مثل أن يده أو رجله (أونصفه كله) لا تطيعه، أوأنه يحس بأنها غير موجودة معه أوأنها غير موجودة على رغم أنه يراها، أو حتى عكس ذلك!! وعندما يسمع الطبيب النفسي ذلك سرعان ما يبحث للمريض عن تشخيص ما بين الذهان والوسواس.

ولقد رأيت مريضة بسكتة دماغية في فص المخ الجداري الأيمن مع جزء من قشرة المخ الحركية، كانت واثقة تماما بأنها تستطيع أن تحرك ذراعها الأيسر، أو واثقة تماما بأنها تحركه! على رغم أنه في واقع الأمر مشلول تماما وموجود تحت الملاءة الطبية ساكنا بلا حراك، وعندما كنت أطلب منها أن تلمس كتفي بيدها اليسرى كانت تحاول عدة محاولات (فاشلة بالطبع)، لكنها لا تقر بأنها فشلت، وكثيرا ما تعلل عدم استطاعتها أن تنفذ المطلوب منها بما تعانيه من روماتيزم المفاصل المزعج!! وكانت في مرات أخرى تقول إنها نفذت المطلوب منها، واستطاعت لمس كتفي بيدها اليسرى، أي أنها تقول غير الحقيقة بالنسبة إليَّ، بينما هي واثقة بأنه الحقيقة، وهذا ما نسميه بظاهرة التوليف أو التزييف Confabulation وهو غير واع Unconscious أي أنه ليس كذبا، هذه المريضة إذن واثقة بأن ذراعها اليسرى تعمل بكفاءة وتنفذ ما تريده هي منها، وهي مقتنعة بذلك على مستوى المشاعر إلى درجة أنها تخرف لكي لا ترى الحقيقة!، وتحدث مثل هذه الظاهرة في العديد من إصابات المخ، ففضلا عن إمكان وجودها في إصابات الفص الجداري الأيمن يمكن أن تحدث مع إصابات الفص الأمامي أو الجبهي الأيمن، وكذلك أيضا في الإصابات الجبهية على الجانبين Frontal Bilateral (Joseph.1999)، كما تحدث حالات مختلطة من الوسوسة واللزمان Perseveration (أي التكرار المستمر لفعل أو لكلمة معينة (الجمعية المصرية للطب النفسي، ١٩٧٩، ص٤٠)، والشك، وكذلك الانفلات النفسي Disinhibition مع إصابات الفص الجبهي خاصة الجزء الحجاجي منه Orbito-Frontal بما فيها الاتصالات الجبهية بالنواة المخططة Frontal-Striatal.

لكن من المهم هنا أن نشير إلى أن وجود مثل هذه الأعراض لا نستطيع التنبؤ به في كل حالة تحدث فيها إصابة لهذه المناطق من المخ، فقد تظهر في مريض ولا تظهر في آخر، على رغم تطابق شكل الإصابة المخية في مختلف

صور المخ!، كما أن الأعراض إن ظهرت قد لا تكون متصفة بالثبات الذي يوحي به كونها عضوية المنشأ! ولعل تفسير ذلك يعود إلى كثرة وتعدد اتصالات الفص الجبهي والنواة المخططة (Joseph,1999)، معنى ذلك أن إحساسنا بالثقة يمكن أن يكون خادعا، خاصة في بعض الحالات المرضية، مثلما نرى نحن إحساس مريض اضطراب الوسواس القهري بالشك خادعا أو غريبا، ومعنى ذلك أيضا أن الكثير من المفاهيم لا يزال في حاجة إلى الدراسة والفهم.

ثالثا: الكمالية (فرط الإتقان) Perfectionism وعدم الاكتمال Incompleteness

فإذا أتينا إلى الرغبة في الكمالية والإحساس بعدم اكتمال الفعل Incompleteness، وبالتالي الرغبة في إعادته أو تكراره طمعا في الوصول إلى الكمالية، وكلاهما يعذب الكثيرين من مرضى اضطراب الوسواس القهري، ونستطيع أن نجد علاقة ما بين هاتين الصفتين والشك في إتمام الفعل، لأن المريض الذي يشك لا يشك دائما في هل فعلت الفعل أم لم أفعله، لكنه كثيرا ما يشك في هل فعلته على نحو الكمال والتمام أم لا، ثم يكرر الفعل بالتالي إلى أن يحس بأنه فعله بشكل كامل! ونجد هذا النوع من الإحساس أيضا في واحد من اضطرابات نطاق الوسواس القهري هو اضطراب «توريت» أو اضطراب العرات المزمن، حيث يظل المريض يكرر العرة أي عدد من المرات إلى أن يحس بأنه فعلها بالشكل الصحيح الكامل، أي أن الذي يبدو أن هذه الصفة ليست متعلقة فقط بمرضى اضطراب الوسواس القهري وإنما به وبغيره، بل لعلها أكثر تعلقا بمرضى اضطراب الشخصية القسرية أو القهرية.

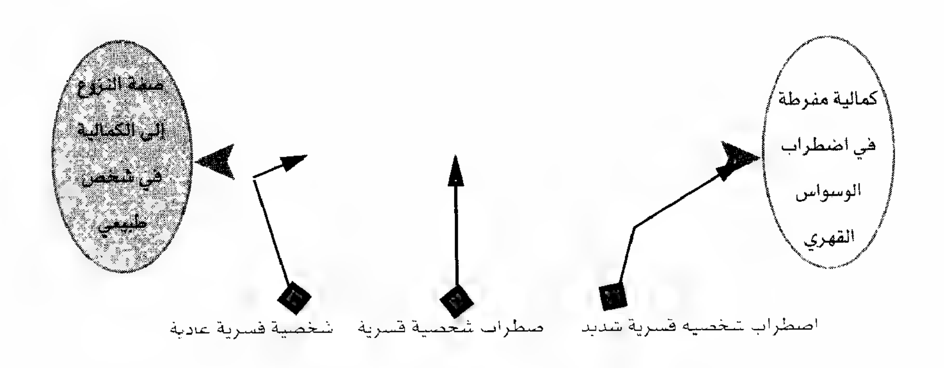
والكمالية أيضا صفة محمودة عندما تكون موجودة في بعض الأشخاص بشكل يخدم مثلا وظائفهم كالأطباء والطيارين، فأنت تجد الجراح الذي يسعى إلى الكمالية دقيقا في موعده وفي جراحته وفي تنفيذه لأدق تفاصيلها، لكنك في ذات الوقت تجد أن الجراح الذي يفرط في ذلك يزعج طبيب التخدير، لأنه يعرض حياة المريض للخطر بسبب طول الفترة التي يريده فيها مخدرا، لكي يتمكن من إتمام كل شيء بالدقة التي يريدها، ثم أن هناك علاقة ما بين الكمالية والشك والتردد Indecisiveness الذي يمكن أن يكون سببا للبطء الوسواسي خاصة في اتخاذ القرارات، وموقف الجراح بالطبع لا يسمح له بالتردد.

وإذا أردنا أن نستطلع المكنون النفسي وراء صفة الكمالية هذه في أفكار أصحابها، لوجدناهم مساكين يعيشون في عالم مرعب من المثاليات والقواعد التي تدفعهم في كثير من الأحيان إلى الإحجام عن التجربة أو عن تعلم الجديد، فهم لا يستطيعون تحمل الخطأ لأنهم يجب ألا يخطئوا. واضح طبعا أن في ذلك انحرافا عن الفطرة البشرية، على الرغم من أن هذه الصفة تبدأ مع الإنسان من طفولته فقد تجد في كل فصل دراسي طفلا أو طفلين بهذا الشكل، لكن الطفل بالطبع لا يقول لك إنه يعاني من الرغبة في الكمالية أو من الإحساس بعدم اكتمال الفعل لسبب بسيط هو أن الطفل لا يدرك أن ما لديه هو صفة مرضية، لكنه يعتقد أنه كذلك يجب أن يكون الجميع، فتراه لرغبته في إدراك الكمال في أفعاله يقع فريسة لكم كبير من القلق.

وقد عرضت علي حالة لطفل في آخر السنة الأولى من التعليم الابتدائي: لأنه على رغم عدم وجود أي علامات على وجود نقص عقلي أو أي من الاضطرابات النمائية أو اضطرابات التعلم إلا أنه لا يزال يعجز عن تعلم الحروف، وظللت أحاول تفهم أسباب ذلك فترة غير قصيرة إلا أنني لاحظت شدة اهتمامه بهيئته وتناسق وتناغم مظهره، كما لاحظت التزامه الزائد عن الحد بمواعيد جلساته النفسية، حتى أن أمه اشتكت لي من شدة انفعاله وبكائه لأنه عرف صباح يوم الجلسة أن الطريق أمام بيتهم مغلق للسيارات بسبب إعادة رصفه، فكان يريد منها النزول به من البيت قبل الموعد بساعتين لكي يكون موجودا في موعد الجلسة بالضبط، ولما أخبرته الأم بأن عليها أن تعد حاجيات إخوته وأبيه لم يستطع تحمل القلق وتحمل إمكان أن يتأخر فكان ما كان من ثورة عارمة، ولعل هذا الموقف بالتحديد هو ما نبهني إلى سبب معاناة هذا الطفل فقد وصل به الخوف من أن يخطئ أو ألا يستطيع الوصول إلى مستوى الكمال الذي يراه ضروريا إلى الإحجام عن الفعل أو التعلم في هذه الحالة. خاصة أنه اتضح لي بعد ذلك أنه لا يقدم على تعلم ألعاب الكمبيوتر الجديدة إلا بعد فترة طويلة من ملاحظة الآخرين وهم يلعبونها، لكنه يظل يلعب الألعاب القديمة نفسها التي أتقنها ولا يبدو عليه أنه يعرف شيئا اسمه الملل، كما قالت أخته التي تكبره بسنتين! بل إن ما يبدو متناقضا كان تعليله لعدم تنفيذ واجباته المدرسية لأنهم لا يعطونه الوقت الكافي لكي يستطيع عملها.

ولكن من المهم هنا أن نتساءل عن رد فعل الأسرة التي تلاحظ على طفلها الصغير أنه يحب أن يتقن ما يعمل، ويريد أن يتمه على خير وجه، ويكون دائما حريصا على ذلك، فهو إذا فعل الشيء فعله بشكل مضبوط، وبالتالي هو يستذكر دروسه ويؤدي واجباته وكل ما يطلب منه بإتقان، أليست هذه كلها صفات محمودة سوف تعمل الأسرة على تشجيعها وتقويتها؟ (خاصة بالطبع في الحالات المعقولة التي لا تتعارض مع أداء الأفعال نفسه)، وأليست هذه هي الصفات نفسها التي يمكن أن تجعل من صاحبها طالبا متفوقا في دراسته ورجلا متفوقا في عمله؟

إذن فالكمالية يمكن أن تؤدي بصاحبها إلى أن يكون إنسانا ناجحا في حياته ومتفوقا في عمله، ويمكن أن تؤدي به إلى تكرار ما يفعله بصورة مفرطة إلى آن يستطيع الإحساس بأنه أدى الفعل بشكل كامل، ويمكن أن تؤدي به إلى البطء الشديد سواء في اتخاذ القرارات اليومية البسيطة، ويمكن أن تؤدي به إلى الامتناع عن الفعل تماما لكي لا يخطئ!، والفاصل بين الكمالية التي تخدم صاحبها وتلك التي تضيعه كثيرا ما يكون بمثابة الشعرة الدقيقة.



الشكل (٢): متصل الكمالية

المهم أن محاولات تقسيم مرضى اضطراب الوسواس القهري بناء على نوعية أعراضهم قد خلص معظمها (Summerfeldt et al., 1999) إلى أن هناك بعدين جوهريين متعامدين ومستقلين (بعضهما عن بعض) إحصائيا

Orthogonal Core Dimensions إلى حد كبير في مرضى اضطراب الوسواس القهري، ويقفان خلف معظم أعراض اضطراب الوسواس القهري، كما يبدو أن علاقته بالاضطرابات النفسية الأخرى وكذلك بعض العوامل المتعلقة بالأسباب a(Summerfeldt et al., 2000) إنما تختلف حسب وضع الشخص بالنسبة لهذين البعدين، وهذان البعدان هما:

١ـ الرغبة في اجتناب الخطر Harm Avoidance ويتعلق هذا البعد بمعنى الإحساس المتضخم بالمسؤولية وبالشعور بالذنب، واندماج الفكرة بالفعلة وكذلك التقييم المفرط للخطر إلى آخره وربما أيضا بعدم الثقة في القدرة على مواجهة الكرب وكذلك بالاجترار الوسواسي وبالتصاحب المرضي مع اضطراب الاكتئاب الجسيم.

٢ـ الشعور بعدم الاكتمال Incompleteness، ويتعلق هذا البعد بسمة الكمالية Perfectionism وبسمة التردد Indecisiveness وبالتصاحب المرضي مع اضطرابات نطاق الوسواس القهري ومع اضطراب الشخصية القسرية.

ويعد الشعور بعدم الاكتمال هو الرابطة ما بين اضطراب الوسواس القهري ومجموعة سمات الكمالية من بين سمات الشخصية المختلفة، ويمكن النظر إلى هذا الشعور بتمثيله على متصل فكري وشعوري كما في (الشكل٢) نضع على طرفه البسيط سمات الكمالية الموزعة بين الأشخاص العاديين. مرورا بالشخصية القهرية غير المضطربة ثم باضطراب الشخصية القسرية ووصولا إلى اضطراب الوسواس القهري في أكثر الحالات. من حيث شدة السمات القهرية b(Summerfeldt et al.,2000)، ومثل هذا الفهم المتعلق بالمتصل إنما يعتبر مستمدا إلى حد كبير من نظرية التحليل النفسي فهي التي كانت ترى في اضطراب الوسواس القهري تعبيرا عن حالة الشخصية القسرية تحت ظروف الكرب.

وربما يكون في هذا التقسيم ما يوضح بعض الأمور التي لم تكن مفهومة. فمثلا بعض مرضى اضطراب الوسواس القهري تبدو أعراضهم على علاقة ما بأعراض الشخصية القسرية بينما بعضهم ليسوا كذلك. ولعل النوع من مرضى الوسواس القهري الذين تكون الكمالية وعدم الشعور بالاكتمال في جوهر أعراضهم هم الذين لهم علاقة باضطراب الشخصية القسرية. بينما يكون المرضى الآخرون الذين تكون مفاهيم الشعور المتضخم

بالمسؤولية والرغبة في تجنب الخطر هي جوهر أعراضهم لهم علاقة ببقية أنواع المجموعة القلقة أو الخوافة Cluster C من مجموعات اضطرابات الشخصية، إلا أن هذا الكلام بالطبع إنما يعبر عن وجهة نظر شخصية لي ربما تمكنت يوما ما من إثباتها بالبحث العلمي، لكنني الآن ما زلت في مرحلة أحاول فيها الفهم.

رابعا: التخزين «أو التكديس» Hoarding & Saving والحرص المرضي

أما هذا المفهوم فواحد من المفاهيم التي بدأ التركيز على دراستها حديثا، وليس كل من يتصفون بممارسة سلوك التخزين طبعا مرضى باضطراب الوسواس القهري، لكن نسبة ٣٠٪ أو أكثر من مرضى الوسواس القهري يعانون من هذا العرض، وفي دراسة لأحمد عكاشة (Okasha , 2001) على العرب المصريين كانت نسبة أفكار الحرص والتخزين التسلطية Hoarding and Saving Obsessions ٢٨٪، وفي المجموعة نفسها كانت نسبة أفعال التخزين والتنظيم القهرية Hoarding & Arranging Compulsions ٤٥٪، وهي نسبة مرتفعة في الحقيقة حتى عن النسب الغربية، كما أن معدل الشكوى من مثل هذه السلوكيات في أثناء ممارسة الطب النفسي ـ حسب خبرتي الشخصية ـ يوحي بأقل من ذلك خاصة في مرضى الوسواس القهري، أو لعله في بلادنا نادرا ما يصل إلى الحد الذي يجعل منه مشكلة كبيرة مثلا، بينما مشكلة البخل تعد من المشاكل الاجتماعية التي تزعج الكثير من الأسر لأنه سلوك منفر ومكروه حسب التصور الإسلامي للكون، إلا أن معدل اللجوء إلى الطبيب النفسي للشكوى من البخل معدل قليل، لأن معظم الناس لا يرون فيه مرضا نفسيا، أما ما نراه أكثر في عملنا كأطباء نفسيين فهو سلوك التخزين في مرضى اضطراب الفصام المزمنين وكذلك في بعض مرضى عته الشيخوخة (أو السَّبَّه) Dementia، ولعل من الأفضل أن نوضح ما المقصود بمفهوم التخزين أولا (Frost & Gross, 1993) و(Frost,et al., 1995) و(Frost, & Hartl, 1996) و(Frost,et al., 1996) و(Frost,et al., 1998).

فالمقصود بالتخزين المرضي هو الإسراف في تجميع وتخزين الأشياء أو الحيوانات إلى الحد الذي يتعارض مع الحياة الطبيعية، من حيث إشغاله للمكان متعارضا مع الحركة بصورة طبيعية بسبب ما تشغله الأشياء المجمعة من حيز، أو

بسبب تعارضه مع أمن المكان، فالكثير من الجرائد والمجلات القديمة مثلا يعرض المكان للحرائق والكثير من الحيوانات قد يتسبب في تلوث المكان، المهم بالطبع هو نوعية الأشياء التي يتم تخزينها بهذه الصورة، فهي غالبا أشياء عديمة الفائدة أو قليلة الفائدة مثل الملابس القديمة أو الأحذية القديمة أو حتى أربطة الأحذية القديمة وهكذا. والمشكلة في هذا السلوك إنما تنبع من عجز الشخص عن التخلص من هذه الأشياء التي تجعل المكان الذي يعيش فيه يتحول إلى فوضى في أحسن تقدير، وإلى مزبلة في أسوئه وأما لماذا يفعل الشخص ذلك فإن الأسباب التي يقدمها من يسلكون مثل هذا السلوك قد تكون واحدا أو أكثر من الأسباب التالية (Frost &Steketee,1998) و(Frost,et al.,1999) و(Hartl& Frost, 1999) و(Frost,et al., 2000)a و (Frost & Steketee, 2002):

١ـ أنهم يعتبرون هذه الأشياء المجمعة ذات قيمة ما، وهنا تبرز الحاجة إلى التفريق ما بين الهوايات في مجموعها وبين ما نتحدث عنه، فمثلا من يجمعون طوابع البريد أو العملات النقدية القديمة أو الصور أو غيرها ليسوا كمن يجمعون علب الأكل الفارغة أو علب السجائر أو الكبريت أو علب المناديل الفارغة أو الأحذية القديمة أو أغلفة قطع الحلوى أو غير ذلك مما لاقيمة لتجميعه وتخزينه.

٢ـ أن تجميعهم لهذه الأشياء يشعرهم بالأمان (Frost,et al.,2000)b: ولعل هذا التعليل في حاجة إلى بعض الشرح، فقد قابلت مريضة بالوسواس القهري كانت تجمع الملابس التي لن تلبسها، والأحذية التي لن تلبسها، وحقائب اليد التي يستحيل أن تحملها مرة أخرى، لأنها تشعر بالقرف منها بسبب تلوثها بعد خروجها بها في الشارع ومرورها أمام أحد المستشفيات، أو مرور أحد الشحاذين بجوارها مثلا. وعندما سألتها لماذا لا تتخلص من هذه الأشياء حتى بإعطائها لبعض الفقراء كان ردها ذا شقين: الأول أنها مادامت تشعر بالقرف من هذه الأشياء فلا يجوز أن تتصدق بها، والشق الثاني أنها تشعر بوضع هذه الأشياء في إحدى غرف البيت أنها لن تكون مصدر خطر لها فيما بعد. هذا هو الأمان المقصود إذن!

٣ـ أنهم يخافون من نسيان شيء من المعلومات المحتواة مثلا في الجرائد القديمة، وهم يرون أنهم قد يحتاجون إلى مراجعته في وقت من الأوقات (Steketee et al., 2001)، ولنتذكر هنا بعض العبارات التي نسمعها تتردد بين الناس مثل: «ظللت أحتفظ بالأوراق القديمة، ولم أكد أتخلص منها حتى ظهرت الحاجة إليها».

٤- الشعور بالرغبة والحاجة الدائمة والملحة إلى تجميع وتخزين الأشياء، ومن أجل هذا المفهوم أجريت دراسات قامت على افتراض يقول إن هؤلاء الأشخاص كانوا يعانون الحرمان في طفولتهم. لكن هذه الدراسات لم تصل لإثبات شيء من ذلك، اللهم إلا من تعليلات بعض المرضى أنفسهم. الأمر الذي حول نظرية الحرمان والتعويض تلك إلى أنه قد يكون لذلك دور لكنه دور بسيط (Steketee et al., 2000) و(Frost. & Hartl, 2002) و(Frost,et al.,2002)a و(Frost,et al.,2002)b، لكن السبب في هذا الشعور الملح بالرغبة في التجميع والتخزين ما زال غير معروف، وإن كان البحث عن تفسيرات بيولوجية يدور على قدم وساق.

٥- الحصول على الحب الذي لا يجدونه مع البشر. وهو التعليق الذي نسمعه عادة من الكثيرين ممن يقتنون الحيوانات، لكن الذي يقتني قطا أو كلبا أو حصانا ليس كمن يجمع حديقة حيوانات في بيته.

٦- الخوف من التخلص من الأشياء بسبب الإحساس بأنها تحمل شيئا خاصا بالشخص.

٧- هناك بالطبع أسباب أخرى، خاصة في حالة من يعيشون بمفردهم من المسنين. فقد لا يستطيعون القيام بإخلاء المكان أولا بأول نظرا لضعفهم الجسدي، أو قد يكون هناك نوع من إهمال الذات Self Neglect والمكان في مريض اضطراب الفصام أو السُّبَه أو اضطراب الاكتئاب الجسيم.

ومن المهم بالطبع أن نفهم الموقف جيدا قبل الحكم على شخص ما بأنه يسلك سلوك التخزين المرضي هذا. فليس لأن شخصا ما محاط بفوضى من الكتب والمجلات والأوراق نعتبره واحدا من السالكين لهذا السلوك، وإلا فأنا أول من سينطبق عليه هذا الوصف وأنا أكتب هذا الكتاب!، ما أعنيه هو أن الظواهر البشرية في مجموعها يجب أن تفهم في إطار من معطيات الشخص محل التقييم وثقافته وبيئته ومغزى ما يفعله. ومدى أهمية هذا الفعل في ضوء هذه الثقافة وهذه البيئة. ومن المهم أيضا أن أقول أن سلوك التخزين بوجه عام يجب أن ينظر إليه أيضا على متصل، يمتد من الطبيعي الذي هو جزء من حياة كل إنسان له أشياء يعتز هو بها إلى الشكل المرضي الذي يصبح فيه التخزين والحفظ معيقين للحياة بشكل أو بآخر.

ومن المهم أيضا أن أوضح أنه لابد من وجود اختلاف في طبيعة هذا السلوك التخزيني ما بين الإنسان العربي والإنسان الغربي، فالإنسان الغربي يعيش في مجتمع مادي لا مكان للمشاعر والمعاني التي لا تقيَّم ماديا فيه إلا في أضيق الحدود، بينما الإنسان العربي لا تزال لديه مساحة أكبر من المشاعر والمعاني والالتزام أمام الله، بما في ذلك بالطبع كون الحياة التي يحياها حياة عابرة وكونه سيحاسب أمام الخالق عز وجل، رغم تناقص هذه المساحة المتسارع في السنوات الأخيرة، ولذلك في الحقيقة معنى أقصده، لأن تخزين الأشياء التي يرونها في الغرب ذات قيمة كتخزين النقود والذهب والفضة مثلا لا يعتبره أحد منهم تخزينا قهريا، بينما يوجد في تراثنا الإسلامي وفي شريعتنا الإسلامية ما يحث على الامتناع عن ذلك، وعلى ضبط النفس ومقاومة ميلها إلى كنز ما لا يحتاج إليه المرء في حياته، إضافة إلى التشجيع على الإنفاق من كل ما هو مخزون لدى الإنسان المسلم، وفي التاريخ المرضي التالي ما يوضح الصورة الإكلينيكية للتخزين القهري:

(٢٣) «أعقاب السجائر وأكياس الشيبس!»

كان نعمان شابا حول العشرين من العمر، يلعب مع أبيه لعبة الطبيب النفسي والمدرس لأنه متعثر في دراسته، وقال لي أبوه ـ دون أن يدري الفتى ـ أن ابنه فيه شيء من التجميع والتخزين لأشياء لا قيمة لها وقد تقتله أحيانا، المهم أنني سألته ماذا تقصد فقال: «يا دكتور إنه يخزن أعقاب السجائر في «جُوال» تحت السرير، تخيل»... فسألته هل في ابنك شيء من الوسوسة؟ فقال «نعم ورثها عن جده يرحمه الله»... وعندما سمعت ذلك تحفزت له وقلت: يعني أي نوع من الوسوسة مثل الإكثار من غسل اليدين؟ مثلا. هل في النظافة؟ هل في التهيؤ؟ فقال «في النظافة والتنظيف»... وعندما جاء الفتى بعد عدة مواعيد كانت لازمة لاستمرار اللعبة مع أبيه، جاء الولد وعرفت منه أنه ورث المثالية عن أمه، ولا أخفيكم ذهولي وأنا أسمع منه وهو في موقف الراسب في التعليم الفالح في القعود على مقاهي الإنترنت وشرب السجائر، أي مثالية إذن تلك؟ لكنه في الحقيقة يحس نفسه مثاليا وهذا هو سبب مشاكله في الحياة، وربما يكون من الممكن أن نضيف العناد كصفة تصبغ تصرفاته مع أبيه ومع أخيه ومع أمه ومع مدرسيه ومع أصحابه ومع الدنيا كلها! (وأنا أسأل الله ألا تصبح معي في يوم من الأيام)، فهو يصف أفعاله

بأنها ردود أفعال، وهذا ما لايعجبه لكنه العناد. أما التخزين فقد رحت أفتش عنه بشكل غير مباشر فقال لي دون أن يتعبني ما يلي: «لقد بدأ منذ سنتين. وربما قبلهما يخاف من إلقاء عقب السيجارة من الشرفة خوفا من أن تقع على أحد المارة! وأنه كان يوسوس خوفا من ذلك لو حدث وآلقى عقب السيجارة من الشرفة، وكانت هناك مثلا سيارة واقفة في الليل، أليس من الممكن آن يتسبب ذلك في إشعال حريق، أليس إطار السيارة قابلا للاشتعال؟ لقد كان يخاف وكان لذلك لا يرمي آعقاب السجائر وكان يضعها في علب فارغة كعلب كريم الشعر أو الجلد مثلا. وكان أيضا يجمع علب السجائر الفارغة ولا يدري لماذا! فهو كان يجمع الأعقاب ربما لأنه يخاف وربما لأنه كان يريد آن يعرف ماذا سيحدث لعقب السيجارة من تغيرات لو خُزِّن؟ لكنه لا يدري لماذا كان يجمع علب السجائر الفارغة، وكذلك أكياس الشيبس، ودولابه الخاص الآن في حالة يرثى لها من الفوضى وهو يعترف بذلك. لكنه لا يستطيع رمي الأشياء التي خزنها ولا يدري لذلك سببا!. ثم أخبرني بعد ذلك أن أمه موسوسة وشكاكة. وهو يعتقد آن من بين آسباب لجوئه إلى سلوك التخزين هذا أنه لم يكن يتمتع بآي قدر من الخصوصية عندما كان طفلا، فقد درجت أمه وإخوته وكلهم أكبر منه على التفتيش في حاجياته وهو صغير. وكان ذلك بسبب خوفهم عليه ـ كما يقولون ـ ولكنه يعرف أنهم كانوا يشكون فيه على رغم آنه كان آيامها مؤدبا ومتفوقا في دراسته الابتدائية والإعدادية.

ألا نستطيع هنا أن نرى الإحساس المتضخم بالمسؤولية، والعناد والتصلب النفسي بل والمعرفي؟ كما نرى نوعا غريبا بعض الشيء من طريقة التفكير لتفسير الأفعال، فما معنى آنه يريد آن يعرف التغيرات التي قد تحدث لعقب السيجارة بعد فترة من التخزين؟ هل هو يتوقع مثلا آن تؤثر فيه عوامل التعرية؟ لقد فاجأتني هذه الحالة أثناء كتابتي لهذا الفصل من الكتاب. وجعلتني آراجع الكثير من المفاهيم في رأسي، وبدأت أفكر في ضرورة سؤال كل مرضى الوسوسة عن مثل هذه النوعية من السلوكيات.

وأما الظواهر التي غالبا ما نجدها بين مرضى اضطراب الوسواس القهري الذين يسلكون سلوك التخزين هذا، والتي توضح التداخل ما بين الظواهر البشرية بشكل عام فهي: التردد Indecisiveness، فهم يعجزون عن اتخاذ القرار بالتخلص من الأشياء التي لا حاجة ينتظر آن تبرز إليها. لأنهم

يخافون من أن تظهر الحاجة إليها بعد أن يتخلصوا منها ولا يعود لهم حكم عليها، إنهم يخافون ذلك الاحتمال، فقد يتخلصون من مجلة قديمة ثم يحتاجون إلى معلومة كانوا قد قرأوها فيها، ولأن التحكم والكمالية Control/Perfectionism عادة ما يشكلان سمة من سماتهم، فهم لا يريدون ذلك وهم يتجنبون اتخاذ القرار، ويتجنبون القيام بالفعل Avoidance وهم في الوقت نفسه يعرفون كمّ الفوضى والشكل السيئ لأكوام الأشياء التي يكدسونها حولهم لكنهم يترددون ويسوفون ويعطلون القرار، فهم عادة ما يتصفون بالمماطلة والتسويف Procrastination. كل هذه السمات تذكر المرء بأصحاب الشخصية القسرية، ولعلها تكون موجودة في حالات اضطراب الوسواس القهري ذات العلاقة باضطراب الشخصية القسرية أي ذات العلاقة بالرغبة في الكمالية والشعور بعدم الاكتمال (Summerfeldt et al.,2000)b، وأذكر مريضة باضطراب الوسواس القهري المصحوب باضطراب الشخصية القسرية كنت أعالجها في بيتها الذي لم يكن يدخله أحد سواي عدا زوجها وأولادها بالطبع، وكانت الأمور قد وصلت إلى حد كبير من السوء فإحدى الغرف كانت مملوءة بأشياء قررت عدم استخدامها بل عدم لمسها أصلا وكانت هذه الغرفة مغلقة ومستثناة من البيت، وأما الذي أود الإشارة إليه فهو عملية التخلص من القمامة المتمثلة في علب الأكل وغيرها من الأشياء، لأن الأسرة كانت تعيش على الأكل من الخارج! فالأم لم تكن تطبخ! لأنها تريد تغيير الشقة والزوج لا يوافق!، المهم أن أكياس القمامة كانت تتجمع في أحد أركان الصالة ولم تكن تسمح لأي من أبنائها ولا لزوجها بإلقائها من البيت، وفي الوقت نفسه لم تكن تقوم هي بذلك!، وكنت كلما حاصرتها أعطتني موعدا ستسمح فيه لابنها الكبير بإنزال أكياس القمامة إلى الشارع، إذ لم يكن من الممكن أن أطلب منها أن تفتح الباب لعامل النظافة طبعا. المهم أنها كلما كان يجيء الموعد كانت تعطل العملية لأسباب مثل أن ابنها لم يغسل يديه بعد عودته من الخارج، أو أنه كذب عليها ودخل الغرفة الممنوع دخولها وهكذا... وأما ما يبدو مثيرا للعجب فهو أن هذه المريضة كانت في الأصل تعاني من أفكار النظافة والخوف من العدوى والتلوث التسلطية، والواضح أن هؤلاء المرضى يقعون فيما يمكن تشبيهه بحلقة مفرغة أو مصيدة تبدأ ببساطة بعجزهم عن التخلص من الأشياء التي تتكدس من حولهم، وتجعل مكان

معيشتهم - كما قلت من قبل - غير لائق لاستقبال الضيوف بمن فيهم الأقارب، وهم بالتالي ينعزلون اجتماعيا وبعضهم يفقد تقديره لذاته بسبب عجزه الذي يدركه ولا يستطيع التخلص منه، ويفقدون بالتدريج ذلك الدافع الطبيعي لتجميل وتنظيف مكان معيشتهم!

وأما محاولات علاج هذا النوع من السلوك، أو بالأحرى محاولات علاج مرضى الوسواس القهري الذين تكون هذه النوعية من الأعراض بارزة بين أعراض اضطرابهم، فمعظم هذه المحاولات يشير إلى أن وجود سلوك التخزين هذا يشير إلى مآل أسوأ واستجابة أقل للعلاج العقاري باستخدام الماسا (Black et al., 1998) و(Winsberg et al.,1999) و(Hahm et al., 2001)، وأما طرق العلاج الأخرى كالعلاج الجمعي والأسري والمعرفي (Steketee et al., 2000)، فقد أثبتت نجاحا أكبر لكن بعد مدة تزيد على السنة مع إشراك أعضاء الأسرة في العملية العلاجية واعتبارهم مساعدين للمعالج.

وقد بينت بعض الدراسات الحديثة (Frost,et al., 1996) و(Frost, et al., 2000)، التي قسمت مرضى اضطراب الوسواس القهري إلى مجموعتين حسب وجود أعراض السلوك التخزيني أو عدم وجودها، أن مرضى الوسواس الذين يعانون من سلوك التخزين يوجد لديهم تصاحب مرضي مع اضطرابات الشخصية، كما يوجد لديهم كم أكبر من الإعاقة النفسية والاجتماعية، كما لاحظ الباحثون في دراسة حديثة أيضا (Christensen & Greist , 2001) أن مرضى الوسواس القهري من المخزنين اتصفوا بعدة صفات قللت من فرص نجاح العلاج السلوكي معهم، فعلى رغم اهتمام أسرهم وإلحاحهم على ضرورة تغير المرضى إلا أن المرضى تميزوا بالنكران Denial والتبرير Rationalization لسلوكياتهم مع دافع منخفض للتغير. كما أظهروا مقاومة خفية للعلاج مع مماطلة في تنفيذ ما يتعهدون بتنفيذه على رغم ادعائهم بأنهم يحاولون بكل قوة أن يتعاونوا! كما لوحظ عليهم التردد على الرغم من رغبتهم في إسعاد الباحثين، كما أنهم كانوا يغالون في تقييمهم للتحسن، كما وجدت دراسة (Seedat & Stein , 2002) أخرى شملت ١٥ حالة من المخزنين أن ستة منهم هم مرضى باضطراب الوسواس القهري، بينما التسعة الباقون مرضى باضطراب الشخصية القسرية، وكان التشخيص مبنيا على وجود أعراض أخرى لهذه الاضطرابات غير التخزين المرضي، لكن الغريب أن ١٤ من هؤلاء المرضى لم

يروا سلوكهم التخزيني في حد ذاته علامة على وجود مرض نفسي، أو مرضا في حد ذاته على رغم إقرار ستة منهم بأنهم لا يستطيعون التحكم في سلوك الجمع والتخزين.

التخزين / التكديس، والبخل / الشح من منظور عربي إسلامي

يبدو أن البحث في علاقة البخل باضطراب الوسواس القهري أو اضطراب الشخصية القسرية لم يشغل بال الكثيرين من الباحثين الغربيين، لكنني وجدت في تراثنا العربي الكثير من ذلك الربط بين السلوك التخزيني القهري والبخل إذا وسعنا مفهومه بعض الشيء ليشمل أشياء غير المال. لأن العقل العربي عندما ينظر إلى الأمور لا يستطيع أن ينظر إليها نظرة مادية خالصة كما يستطيع الإنسان الغربي. فإريك فروم في الواقع استثناء. لكن معظم الغربيين لا يرون أبدا في جمع المال وتخزينه شكلا من أشكال التخزين القهري!. فمن يخزن الذهب أو الفضة مثلا، لا يرون غرابة فيما يفعل وإنما الغرابة في رأيهم هي في تخزين ما لا يفيد من وجهة النظر المادية بالطبع. أما النظرة الإسلامية فمختلفة. لأن هناك الزكاة التي تجب على المسلم كلما حال الحول. وهناك الصدقة بأنواعها، وهكذا نجد السلوك التخزيني في حد ذاته متنافيا مع الإسلام. فالزكاة هي أحد أركان الإسلام الخمسة وقرنت بالصلاة في اثنتين وثمانين آية. وفرضها الله سبحانه وتعالى في كتابه وسنة رسوله عليه الصلاة والسلام. وأنا أقدم في السطور التالية بعضا من النصوص الدينية الإسلامية التي تصلح نواة لبرنامج علاج سلوكي معرفي إسلامي. يضيف إليه الطبيب النفسي ما يناسب الحالة التي بين يديه. وأهم ما أريد بيانه هو أن الإسلام ينظر إلى الأمر نظرة أوسع من النظرة الغربية:

قال الله تعالى: ﴿والذين يكنزون الذهب والفضة ولا ينفقونها في سبيل الله فبشرهم بعذاب أليم ❖ يوم يحمى عليها في نار جهنم فتكوى بها جباههم وجنوبهم وظهورهم هذا ما كنزتم لأنفسكم فذوقوا ما كنتم تكنزون﴾ صدق الله العظيم (التوبة: ٣٤و٣٥)

ويقول تعالى: ﴿ولا يحسبن الذين يبخلون بما آتاهم الله من فضله هو خيرا لهم بل هو شر لهم سيطوّقون ما بخلوا به يوم القيامة﴾ صدق الله العظيم (آل عمران: ١٨٠).

وقال تعالى: ﴿خذ من أموالهم صدقة تطهرهم وتزكيهم بها...﴾ صدق الله العظيم (التوبة: ١٠٣)، وقال تعالى: ﴿فاتقوا الله ما استطعتم واسمعوا وأطيعوا وأنفقوا خيرا لأنفسكم ومن يوق شح نفسه فأولئك هم المفلحون﴾ صدق الله العظيم (التغابن: ١٦).

ومن أحاديث سيد الخلق عليه الصلاة والسلام: عن عبد الله بن عمر رضي الله عنهما عن النبي عليه الصلاة والسلام قال: «ثلاث مهلكات. وثلاث منجيات، وثلاث كفارات. وثلاث درجات. فأما المهلكات فشح مطاع. وهوى متبع، وإعجاب المرء بنفسه، وأما المنجيات: فالعدل في الغضب والرضا، والقصد في الفقر والغنى، وخشية الله في السر والعلانية. وأما الكفارات: فانتظار الصلاة بعد الصلاة، وإسباغ الوضوء في السبرات، ونقل الأقدام إلى الجماعات. وأما الدرجات: فإطعام الطعام، وإفشاء السلام. والصلاة بالليل والناس نيام». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. وموضوعنا هنا هو الشح الذي هو أحد المهلكات، والشح هو حرص النفس على ما ملكت وبخلها به. وهو من لوازم النفس مستمد من أصل جبلتها. ولا يذم الإنسان عليه إلا إذا كان مطيعا له، بحيث يمنع الحقوق التي أوجبها الله في ماله. فإن أطاعه هلك، ولذا آخبر النبي عليه الصلاة والسلام أن الشح ينافي الإيمان، فقال: «لا يجتمع الشح والإيمان في قلب عبد أبدا» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، وقال عليه الصلاة والسلام: «شر ما في الرجل شح هالع، وجبن خالع» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، وقال عليه الصلاة والسلام: «اتقوا الظلم فإن الظلم ظلمات يوم القيامة، واتقوا الشح فإنه أهلك من كان قبلكم، حملهم على أن سفكوا دماءهم واستحلوا محارمهم» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، رواه مسلم، وفي سنن أبي داود عن عبد الله بن عمر رضي الله عنهما عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: «اتقوا الشح فإن الشح أهلك من كان قبلكم، أمرهم بالقطيعة فقطعوا، وأمرهم بالبخل فبخلوا، وأمرهم بالفجور ففجروا» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، رواه أبو داود، وعن كعب بن مالك الأنصاري رضي الله عنه قال قال رسول الله عليه الصلاة والسلام: «ما ذئبان أرسلا في غنم بأفسد لها من حرص المرء على المال والشرف لدينه» صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، رواه الترمذي.

وقد ذكر النراقي (إبراهيم شوقي . ١٩٩٦)ج في كتابه «جامع السعادات»: فضل القناعة وهي الاكتفاء بقدر الحاجة من دون سعي وتعب في طلب الزائد منه. كما تكلم الكثيرون من العلماء المسلمين كالجاحظ وابن عربي وغيرهم عن ذم البخل والبخلاء، كما تكلم الماوردي في أدب الدنيا والدين (الماوردي، ١٩٨٧) عن سيكولوجية العطاء وعن سيكولوجية البخل والبخلاء، متعرضا لدوافع التملك وحاثا على القناعة ومبينا فضلها، ويذكر الجاحظ في الجزء الثالث من البيان والتبيين (عبد السلام محمد، ١٩٨٥) بعض خطب الحسن البصري في الزهد ومما ورد فيها قوله: «ما أعطي رجل من الدنيا شيئا إلا قيل له خذه وخذ مثله من الحرص»، والحرص كما يقول عنه أبو بكر الصديق (رضي الله عنه) أذل أعناق الرجال. كما يقول الجاحظ: دخل علي بن أبي طالب رضي الله عنه المقابر فقال: «أما المنازل فقد سكنت وأما الأموال فقد قسمت، وأما الأزواج فقد نكحت، هذا خبر ما عندنا فما خبر ما عندكم؟»، ثم قال رضي الله عنه: «والذي نفسي بيده لو أذن لهم في الكلام لأخبروا أن خير الزاد التقوى»، كما يقول الجاحظ: من القيم التي يشجعها الإسلام عدم الانشغال الزائد بجمع المال وتكثيره، ويستشهد لبيان هذه القيمة بقول نبي الله عيسى عليه السلام: «في المال ثلاث خصال أو بعضها، قالوا: وما هي يا روح الله؟ قال: يكسبه من غير حله. قالوا: فإن كسبه من حله؟ قال يمنعه من حقه، قالوا فإن وضعه في حقه؟ قال: يشغله إصلاحه عن عبادة ربه».

ويقول سيد قطب رحمة الله عليه في تفسيره للقرآن (سيد قطب، ١٩٨٠. ج ٦، ص ٣٥٢٧) عند تفسيره لقوله تعالى: ﴿... ومن يوق شح نفسه فأولئك هم المفلحون﴾ صدق الله العظيم (الآية-٩ الحشر. والآية - ١٦ التغابن): فهذا الشح. شح النفس هو المعوق عن كل خير. لأن الخير بذل في صورة من الصور بذل في المال وبذل في العاطفة وبذل في الجهد وبذل في الحياة عند الاقتضاء، وما يمكن أن يصنع الخير شحيح. يهم دائما أن يأخذ ولا يهم مرة أن يعطي، ومن يوق شح نفسه فقد وقي هذا المعوق عن الخير، فانطلق إليه معطيا باذلا كريما، وهذا هو الفلاح في حقيقة معناه، كما يقول سيد قطب رحمه الله ليبهرني بفهمه للقرآن ولطبيعة النفس البشرية في تفسيره لقوله تعالى في سورة النساء (الآية ١٢٨) «وأحضرت الأنفس الشح» صدق الله

العظيم، «أي أن الشح حاضر دائما في الأنفس وهو دائم قائم فيها، الشح بأنواعه الشح بالمال والشح بالمشاعر» وكأنه يذكرنا بشح صاحب الشخصية القسرية ليس فقط في ماله بل في مشاعره أيضا.

ويقول يحيى الرخاوي في كتابه «دراسة في علم السيكوباثولوجي: شرح سر اللعبة (الرخاوي ١٩٧٩)ب تحت عنوان ظاهرة التخزين القهري: «لعل أبرز ما يبرر تسمية عصرنا هذا بالعصر العصابي الكمي هو التعمق في تقييم حقيقة التخزين الذي نمارسه بلا انقطاع ولا بصيرة، على الرغم من إدراكنا الشعوري أو علمنا اللاشعوري بلا جدواه، فلو وهبنا الشجاعة لتسمية جمع الأشياء أو اقتنائها لذاتها دون فائدة فاعلة أو دون قيمة جمالية لأمكن تسمية أغلب نشاطاتنا تسمية عصابية، ولعل هذا التخزين يلهبه التنافس فيه دون توقف عند تحليل جدواه *، والنظر إلى ما جمع الآخر طبيعة يبررها عدم الأمان الأساسي في وجودنا وفي طبيعة المجتمع المعاصر (كم جمع الآخر من صخر الهرم القبر؟)، وعلى رغم إدراك الكثيرين ممن يمارسون هذا التخزين الاغترابي القهري لعدم جدوى ما يفعلون، وخاصة حين تتقدم بهم السن، فإنهم لا يستطيعون أن يقاوموا مثل هذه النزعة مما يجعلها شديدة الشبه بالقهر الوسواسي العصابي. وتشير علامة (*) كما يظهر في حاشية الصفحة إلى قوله تعالى: ﴿ألهاكم التكاثر ❖ حتى زرتم المقابر﴾ صدق الله العظيم (١ و٢ سورة التكاثر).

ويعلق الرخاوي في نفس الحاشية بقوله: «ولعل دفاع التكاثر هو أقرب ما ينبه إلى خطورة هذا الجمع الأعمى»، ثم يتساءل: «كم عدد الأسماء في صفحة وفيات الأحياء الموتى؟».

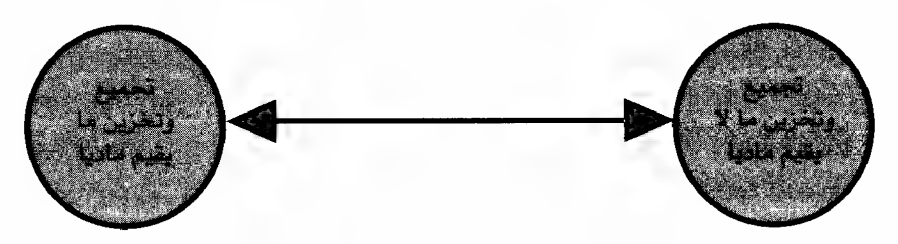
ويقول يحيى الرخاوي في موضع آخر (الرخاوي، ١٩٧٩ أ، ص: ١٢٧-١٢٥): «وفي الحياة العادية نرى أشكالا من هذا التكرار المغترب في مظاهر مختلفة من السلوك، وذلك مثل جمع المال بعد الحصول على الحاجات الأولية دون توجيهه إلى دائرة أوسع لنفع الناس، ومثل جمع العلم دون نقله أو محاولة تطبيقه... إلخ، ولابد لكي نفهم العصاب الوسواسي القهري أن نربطه مباشرة بما يمكن أن يسمى «الاغتراب القهري الشائع» في الحياة المعاصرة. والفرق بين أن نسمي السلوك اغترابا في إطار السواء، وبين أن نسميه عصابا وسواسيا ـ إذا تساوى السلوك في تكراره ولا جدواه للفرد ـ إنما يكمن في المعالم التالية:

أ- أن المغترب المكرر لا يعي اغترابه ولا يقف عنده، ولا يدرك عدم جدوى فعله، في حين أن الوسواسي يدرك عدم جدوى سلوكه، ولا يرضى عن تكراره الفارغ (في حدود الإبقاء عليه).

ب - أن السلوك المغترب المكرر - في إطار سوائه - قد يؤدي وظيفة ما في إطار الجماعة، حتى لو لم يصل عائده إلى صاحبه، في حين أن السلوك الوسواسي القهري يدور بلا جدوى للفرد وللجماعة على حد سواء.

جـ - أن السلوك المغترب المكرر شائع عند الغالبية، ومتشابه إلى درجة الخفاء، في حين أن السلوك الوسواسي يتصف بالخصوصية لكل مريض بذاته.

د - أن السلوك المغترب المكرر لا يقاومه صاحبه في الأحوال العادية - اللهم إلا إذا تعرض للهجوم في أزمة نمو، أو انهار أمام ضربة ثورة فنية أو فعلية - أما السلوك الوسواسي القهري فصاحبه في معركة متصلة معه».



الشكل (٤): متصل التخزين القهري من وجهة نظر إسلامية

من الواضح إذن أن طريقة التناول مختلفة ما بيننا وبين الغربيين في هذه النقطة. فمفهوم الإسلام أوسع من المفهوم الغربي في تقييمه لسلوك التخزين القهري. وذلك لأن هناك اعتبارا لليوم الآخر. ولأن الإنسان محاسب على ماله وممتلكاته وفي أي وجه من الوجوه أنفقها. لكننا كأطباء نفسيين عرب لم نقيم الظاهرة إكلينيكيا بالشكل الكافي حتى الآن. وما وصلت أنا إليه من استنتاجات إنما ينبع للأسف من مقارنة أفكار وجدتها في تعليقات الباحثين الغربيين على دراساتهم المتعددة لهذه الظاهرة. بينما لم أجد لدينا إلا آراء ووجهات نظر دون دراسات، كما أن ظاهرة البخل نفسها لم تدرس بالشكل المناسب في مجتمعاتنا العربية الحديثة. لا في المرضى النفسيين ولا في

الأفراد العاديين، على رغم وجود العديد من الإشارات في البرامج التلفزيونية والأعمال الدرامية إلى وجود آسر يعاني أفرادها أشد المعاناة من ظاهرة البخل. ولعل من بين آسباب ذلك عدم وعي الناس لعلاقة ذلك بالمرض النفسي.

وأستطيع من وجهة نظر إسلامية أن أضع تصورا لمفهوم التخزين والكنز القهري بمعناه الإسلامي الواسع الذي يشمل ما لتجميعه وتخزينه قيمة غير مشروطة بشيء في المفهوم الغربي، لكنها مشروطة بإخراج الزكاة (٢.٥٪) والإنفاق في وجوه الخير المختلفة في الفهم الإسلامي، وأمثل الأمر عندنا بمتصل نضع في أحد طرفيه تجميع المال وما هو في حكمه. كالذهب أو المجوهرات، وهذا ما لا يشترط فيمن يفعله أن يقع تحت عباءة الوسواس الواسعة، سواء كسمة شخصية أو كاضطراب شخصية قسرية أو كشكل، من أشكال اضطراب الوسواس القهري. وهذا الطرف إلى حد كبير إنما يمثل طبيعة في النفس البشرية يحاول الدين تهذيبها. بينما نضع في الطرف الآخر من المتصل تجميع ما لا معنى لتجميعه في كل الحالات. سواء كان تجميع العلب الفارغة أو أعقاب السجائر أو غير ذلك، وهذا الطرف إنما يمثل انحرافا عن الطبيعة البشرية في كل أحواله ويقع تحت عباءة المرض النفسي عموما.

خامسا: الاجترار الوسواسي Obsessive Ruminations

أود بدايةً أن أبين المعنى اللغوي لكلمة اجترار. فالكلمة الإنجليزية Ruminate تعبر في الأصل عن سلوك استرجاع الحيوان لما في بطنه من غذاء ليعيد مضغه. والحيوانات التي تتصف بهذه الصفة هي حيوانات مجترة. كما يضيف قاموس أوكسفورد (الإنجليزي - إنجليزي) (Hornby, 1979) معنى آخر هو استرجاع الأفكار حول موضوع معين. ويضيف قاموس الطريقة الجديدة (إنجليزي - إنجليزي) (West & Endicott,1976) كلمة: «يفكر» كأحد المعاني لهذه الكلمة. وأما صاحب المورد (منير البعلبكي، ٢٠٠١) فيترجمها يتأمل أو يفكر في أو يجتر. وتوجد الكلمة في المعاجم اللغوية العربية تحت مادة «جر» ففي مختار الصحاح (محمود خاطر): «اجتره أي جره، واجتر البعير من الجرة وكل ذي كرش يجتر». وفي القاموس المحيط (مجد الدين الفيروزبادي، ١٩٣٨): «الجر هو الجذب كالاجترار والاجدرار والاستجرار

والتجرير... والجرة بالكسر هيئة الجر وما يفيض به البعير فيأكله ثانية» ولم يضف المعجم الوسيط (مجمع اللغة العربية، ١٩٨٥) جديدا مهما على هذا المعنى. فأنا إذن لم أجد في المعاجم اللغوية العربية التي بين يدي ما يشير إلى علاقة هذه الكلمة بالتفكير، لكنني أرى هذه الترجمة مناسبة للمعنى النفسي للظاهرة، والذي أريد الإشارة إليه هنا هو أن المعاجم اللغوية العربية تحتاج إلى تطوير مثلما يحدث في المعاجم الإنجليزية التي يضيفون فيها كل استعمال جديد للكلمات أولا فأولا.

المهم أننا نريد أن نشرح الاجترار وعلاقته بالوسواس القهري، ولعل أبسط تعريف للاجترار هو: «تفكير واع موجه ناحية شيء معين لمدة طويلة»، وهذا التعريف في الحقيقة يوسع المفهوم بحيث يجعله شاملا للعديد من أنواع التفكير، حتى الطبيعي منها. فمثلا التفكير في حل مشكلة ما Problem Solving واقع ضمن هذا التعريف، بالضبط كما تقع أفكار مريض الاكتئاب الجسيم الذي يجتر أخطاءه وعيوبه وسوء حاله. وكذلك أفكار مريض الوسواس القهري الذي يفكر ويفكر في وجود إله من عدمه، أو في احتمالات أن يصاب بالسرطان، لأنه رأى خالته المصابة بسرطان الثدي وسلم عليها وهو لا يدري! أو في تفاصيل ما حدث طوال اليوم قبل أن ينام، أو في تفاصيل ما كان يحدث له عندما كان يلعب مع أبناء عمه وهو طفل (أي منذ عشرين عاما مثلا!) وكيف أنهم كانوا يسبونه ولا يستطيع هو الرد عليهم! كل هذه المواضيع يمكن أن نعتبرها تفكيرا واعيا موجها ناحية شيء معين لمدة طويلة!

فهل يمكن أن نقول إن هناك اجترارا إراديا، وهو طبيعي إلى حد كبير. وهناك اجترار لا إرادي، أي يحدث رغما عن الشخص، وهو خبرة غير طبيعية؟ فأما الاجترار الإرادي فيمكن أن يكون طبيعيا مادام بوعي الشخص وإرادته ويستطيع وقفه متى شاء. وأما الاجترار اللاإرادي فهو بالفعل خبرة تدل على وجود اضطراب نفسي يحتاج إلى علاج، فقد يحدث في اضطراب الوسواس القهري وقد يحدث في اضطراب الكرب التالي للرضح، وقد يحدث في الحالات الشديدة من مرضى الاكتئاب الجسيم ذوي الميول الانتحارية، وغير ذلك في الكثير من الاضطرابات النفسية، لكن ليس كل اجترار إرادي طبيعيا ولا يحتاج إلى تعديل معرفي، فمثلا توجد الآن دراسات عديدة (Nolen-Hoeksema, 1991) و(Alloy & Robinson , 2000)

على مرضى الاكتئاب الذين يستجيبون استجابة غير كاملة لعلاجات الاكتئاب المختلفة، أو الذين لا يستجيبون أصلا للعلاجات، وتؤكد هذه الدراسات أن الاجترارات الاكتئابية Depressive Ruminations هي السبب، حيث اعتاد مثل هؤلاء الأشخاص أن يسترجعوا ويجتروا أفكارهم الاكتئابية ومدى تأثير نوبات اكتئابهم في حياتهم وهكذا، وهم يفعلون ذلك بوعي منهم أي بإرادتهم إلى حد كبير.

إذن هل يمكن أن نقول إن هناك اجترارا مفيدا واجترارا غير مفيد؟ أي أننا نقسمه حسب جدواه، من وجهة نظر الشخص نفسه؟ أو من وجهة نظر طبيبه النفسي مثلا؟ ونستطيع في هذه الحالة أن نعرف الاجترار الوسواسي بأنه «طغيان للتفكير الاجتراري فيما لا يرى صاحبه فائدة من وراء التفكير فيه»، وأظن هذا التعريف أكثر قربا مما يحدث لمريض الوسواس القهري، فهو على رغم وعيه بلا جدوى تفكيره لا يستطيع وقفه. أي أنه وعي مع وقف التنفيذ كما يسميه الدكتور الرخاوي (الرخاوي، ١٩٧٩)أ، والذي يقول في وصفه لعملية التفكير عند مريض اضطراب الوسواس القهري، وبعد أن أشار إلى أن لعملية التفكير عموما وظائف أخرى غير وظيفة حل المشكلة التي عرف بعض علماء النفس التفكير بأنه عملية تؤدي إليها فقط، يقول الدكتور الرخاوي: «إلا أن للتفكير بعدا تركيبيا أعمق، وهذا البعد ليس بالضرورة هو التفكير الإبداعي بشكله المنتج المتقدم (رغم أنه أقرب ما يكون إليه). ولكنه التفكير التركيبي الولافي الأعمق الذي قد ينتج فنا، أو قد يعمق وعيا. أي أن التفكير ليس مجرد حل للمشاكل. ولكنه أيضا وأساسا إثراء للوجود، بمعنى أن نتاج التفكير ليس حل مشكلة أو تخطي عقبة، أو العثور على علاقة بين معطيين، ولكنه زيادة ترابط وصنع علاقات لولبية ولافية متصاعدة... وفي حالة العصاب الوسواسي يتضخم استعمال التفكير بلا جدوى».

ويقدم الدكتور الرخاوي بعد ذلك وصفا بالحركة البطيئة للتسلسل التصاعدي الذي يحدث عند طغيان التفكير الاجتراري أو التكراري، كما يسميه الدكتور الرخاوي، في مريض الوسواس القهري فيقول:

١ـ العقل في أن يزداد الإنسان عقلا (وينبهنا في الحاشية إلى أن الحيلولة والتقييد هما من معاني العقل في العربية).

٢ـ يصل العقل المفرط إلى ما أسميته التحذلق. (ويعلق هنا على هاتين الخطوتين بأنهما لا تزالان في مرحلة السواء، وإن كانتا تعتبران سمات خاصة لبعض الشخصيات بذاتها)

٣ـ يزداد التحذلق حتى ينفصل التعقل عن المحتوى الأعمق من المعنى.

٤ـ يزيح هذا التضخم التحذلقي من جواره كل ما عداه، فلا يبقى بعد قليل إلا اللفظنة Verbalism.

٥ـ إذا انغلقت دائرة الفكر، أو مظهرها السلوكي في الفعل أوالوجدان، دارت السيطرة العقلية (المفرغة من معناها وهدفها) حول نفسها وأصبحت عرضا معطلا هو التكرار القهري، لا يوقفه أن يدرك صاحبه لا جدواه.

وتؤدي هذه الدائرة المقفلة وظيفة التكرار المعطل الذي يؤدي بدوره معنيين متناقضين في ظاهرهما، وإن اتفقا على عمق معين. فالتكرار أولا: «يعني استمرار المحاولة، وكأن الفكرة إذ هي مفرغة من معناها وفاعليتها. تكرر نفسها بغية الاتصال بأصل غاية ظهورها، والتكرار في الوقت نفسه: يعني فشل هذه المحاولة. إذ لو نجحت لتوقف التكرار وانطلق تسلسل الفكر» (الرخاوي، ١٩٧٩)أ.

إذن فهذا تحليل الرخاوي لمعنى الاجترار الوسواسي أو التفكير التكراري كما يسميه، وأما ما يلاحظه الطبيب النفسي في أثناء عمله مع مرضى الوسواس القهري فهو نوعية محتوى الأفكار الاجترارية ورد فعل المريض تجاهها مختلفة من مريض إلى مريض إلى الحد الذي يجعل الأمر أكبر من أن يستوعبه تفسير واحد:

١ـ فبعضهم يكون محتوى التفكير الاجتراري نفسه هو المرفوض، بمعنى أنه لا معنى له كمن يفكر في معنى ومغزى أن يكتب على ياقة القميص الجديد «يغسل قبل اللبس»، وهل يعني ذلك أن يغسل قبل اللبس في أول مرة فقط أم في كل مرة؟ وهل يعني ذلك أنه لن يستطيع لبسه إلا مبتلا؟ أو أن محتوى الأفكار الاجترارية يأخذ شكلا لا يليق بأمثالهم أن يفكروا به، كمن تدور أفكارها الاجترارية حول طعن أبنائها بالسكين، أو خيانة زوجها، أو ممارسة الجنس مع أخيها أو ابنها، أو كيف يا ترى يكون شكل الله تعالى؟

٢- وبعضهم يكون اعتراضه لا على المحتوى في حد ذاته، ولكن على عملية التكرار اللاإرادية نفسها، لكنهم يرون الموضوع جديرا بالتفكير فيه، ويحدث ذلك عادة عندما يكون المحتوى متعلقا بموضوع هو من اهتمامات المريض الأساسية في حياته كالحلال والحرام مثلا.

المهم أنه من الواضح أن للتفكير الاجتراري علاقة باضطراب الاكتئاب الجسيم، وعادة ما تأخذ الأفكار التسلطية التي تظهر ضمن أعراض بعض مرضى الاكتئاب الجسيم هذا الشكل الاجتراري، كما أن هناك دراسات (Davis et al.,1995) و(Kasimatis & Wells, 1995) تشير إلى وجود صفة النزوع إلى التفكير المضاد للواقع Counterfactual Thinking في الكثيرين من أولئك المعرضين للتفكير الاجتراري، فهم يفكرون ويتساءلون عن أشياء وقعت بالفعل، وهم يعرفون أنها وقعت، لكنهم يفكرون على اعتبار أنه من المحتمل أنها لم تقع مثلا!

سادسا: الوساوس الدينية

تعتبر الوساوس الدينية التي تشمل بالطبع الأفكار التسلطية المتعلقة بالدين، والأفعال القهرية المشابهة للأفعال الدينية من أكثر أنواع الوساوس شيوعا في مجتمعاتنا، حسب الدراسات القليلة التي أجريت على المجتمعات العربية، فقد كانت نسبة الوساوس الدينية في دراسة الدكتور عكاشة (Okasha et al.,1991) على العرب المصريين ٥٦٪، وفي دراسته الأحدث (Okasha,2001) بلغت نسبة الأفكار التسلطية المتعلقة بالدين ٦٠٪، ونسبة الأفعال القهرية المشابهة للأفعال الدينية ٦٨٪. كما كان المحتوى الديني هو المحتوى الغالب للوساوس بنوعيها في دراسة سعودية (Mahgoub & Abdul-Hafez ,1991) وما يشير إليه ذلك بالطبع هو أهمية دراسة هذا النوع من الوساوس في مجتمعاتنا، خاصة أنها مجتمعات يحتل التوجه الديني فيها موقعا مهما في نفوس الناس (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢) ب.

المحور الأول: وهو محور الأفكار التسلطية المتعلقة بالدين

وهذه النوعية من الأفكار يمكن أن تأخذ عدة أشكال، ولم تحاول أي من الدراسات التي أجريت على المجتمعات العربية إجراء تقسيم لنوعية هذه الأفكار، اللهم إلا دراسة عكاشة القديمة (Okasha et al.,1991)، وتبين الخبرة

العملية في الطب النفسي، ومن خلال روايات المرضى، أن من هذه الأفكار ما يتخلص منه الإنسان بالاستعاذة بالله من الشيطان ومنها ما لا تكفي الاستعاذة للخلاص منه، ومن المهم أن أبين أن أشكال الأفكار المذكورة هنا لا يعتبر أي منها فكرة تسلطية تتبع اضطراب الوسواس القهري إلا بعد أن يثبت للشخص أن الاستعاذة بالله من الشيطان الرجيم لا تفيد في منعها، لأن كل هذه الأنواع من الأفكار يمكن أن تحدث لكل بني آدم، ولكنه يتخلص منها ببساطة وينساها بسرعة، وهذه الأشكال هي:

١ـ الأفكار الاجترارية: وتأخذ شكل التفكير فيما نهينا عن التفكير فيه من الأمور الغيبية التي لا يفيد التفكير فيها، وقد يضر حسب الشرع الإسلامي ومن ذلك التفكير في ذات الله عز وجل أو أسئلة لا نهاية لها مثل «من خلق الله؟»، وقد تأخذ أيضا شكلا تشكيكيا في الكثير من أمور العقيدة، وغير ذلك ... وهذا النوع من التفكير عادة ما يصيب الشخص بالخوف الشديد من عقاب الله عز وجل، ومن أحاديث سيد الخلق التي تتعلق بهذا الموضوع والتي تنتهي بنسبة الوسواس إلى الشيطان ما يلي:

ـ وفي الصحيحين عن أبي هريرة رضى الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «يأتي الشيطان أحدكم فيقول: من خلق كذا، من خلق كذا، حتى يقول من خلق ربك. فإذا بلغه فليستعذ بالله ولينته». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم.

ـ عن أنس بن مالك رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «لن يبرح الناس يتساءلون حتى يقولوا هذا الله خالق كل شيء فمن خلق الله. فإذا جاءه شيء من ذلك فليستعذ بالله من الشيطان الرجيم، وليقل آمنت بالله». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم». رواه البخاري في صحيحه.

٢ـ النزعات القهرية: ويقصد بها الشعور بالرغبة في فعل ما لا يجوز فعله مثلا في مكان العبادة، كأن يتفل المرء أو أن يسب أو يلعن. وهذا في حد ذاته بالطبع يجعل الربط بالشيطان وإرجاع الأمر كله إليه متوقعا على كل مستوياتنا الثقافية والاجتماعية، لأن فهم ما يفعله الشيطان ليس واضحا في أذهان الكثيرين (كما بينت في أول فصول الكتاب، وسوف أبين مرة أخرى بعد قليل)، كما أن رغبة الإنسان المتدين (وهذا هو الغالب في حالة المصابين بالوساوس الدينية) في إبعاد الشبهة عن نفسه تسهل إرجاع الأمر كله إلى الشيطان. فمن

السهل أن يكون الشيطان مسؤولا عن تلك النزعة أو الاندفاعة المشينة بينما لا يستطيع المؤمن إرجاعها إلى نفسه. أما الحقيقة التي نراها ونلمسها في الممارسة العملية للطب النفسي فهي أن هذه النزعات واحدة من أعراض الوسواس القهري بعيدة الصلة عن الشيطان (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢)ب.

٣ـ الأفكار الاقتحامية: وهذا شكل من أشكال الأفكار التسلطية المتعلقة بالدين تقتحم الفكرة فيه وعي الشخص المؤمن رغما عنه، عندما ينوي الوضوء أو الصلاة مثلا، أو عندما يمسك كتاب الله عز وجل. أو عندما يتلو لفظا معينا من ألفاظ القرآن الكريم. وقد يأخذ هذا النوع من الأفكار أي شكل من الأشكال بحيث يكون المحتوى منفرا ومزعجا ومتنافيا تماما مع طبيعة ذلك الشخص، كالسب مثلا أو أن تقتحم صورة جنسية معينة وعي الشخص وتفرض نفسها عليه. وأشهر أنواع الأفكار الاقتحامية (من ناحية معرفتنا به كأطباء نفسيين بينما هو من أقل ما يشتكي الناس منه في مجتمعاتنا، ليس لأنه غير موجود ولكن لأن الناس لا يستطيعون تجاهه إلا الصمت) هو الشكل الذي يشكل محتواه تجرؤا على الذات الإلهية Blasphemous Thoughts أو المقدسات الدينية بوجه عام. ومثل هذه الأفكار بالطبع ترعب الإنسان المؤمن. ومن المشهور على لسان المرضى في مثل هذه الحالات أن الاستعاذة بالله من الشيطان لا تفيد في معظم الأحيان، مما يشير إلى عدم وجود علاقة لهذا النوع من الوساوس بوسوسة الشيطان. ولعل لذلك تفسيرا هو أن ما يوسوس به الشيطان عادة ما لا يكون منفرا للشخص المتدين، وإلا لما صح أن نصف فعل الشيطان بالإغواء، فالإغواء يستلزم من الشيطان أن يضحك على عقولنا، لا أن ينفرنا مما يدعونا إليه، فالشيطان قد يستغل حرصنا على أن نفعل الفرض الديني مثلا بأحسن ما نستطيع فيشككنا في صحة الوضوء أو الصلاة... وهكذا، أو هو قد يدخل لنا من باب التشكيك المتدرج في أي من أركان العقيدة مثلا. أو قد يحاول إلهاءنا عن أداء الفروض الدينية بشكل أو بآخر، لكنه ليس من الغباء بحيث ينفرنا منه فتكون استجابتنا البديهية أن نستعيذ بالله، ونحن كلما ذكرنا الله واستعذنا به يتألم الشيطان فهل هو يبحث لنفسه عن الألم؟ وإن كان من الجائز ـ حسب رأي كاتب هذه السطور ـ أن نفترض أنه يلقي الفكرة الاقتحامية ويهرب، كما عرفنا من قبل في الفصل الثالث، عند حديثنا عن أسباب اضطراب الوسواس القهري ووضعنا تصورا محتملا لمصدر الفكرة الاقتحامية.

٤ـ أفكار الشك التسلطية: والشك المقصود هنا هو الشك المتعلق بأداء الفرض الديني أو النافلة على وجه صحيح، في مقابل عدم أدائه. فقد كان هناك من يشكون في إحسان الوضوء، وهناك من يشكون في إحسانهم لتكبيرة الإحرام في استهلال الصلاة أو لصحة النية للصلاة، وهناك من يشكون في نقضهم للوضوء، ومن أحاديث سيد الخلق عليه الصلاة والسلام التي تشير إلى مثل هذا النوع من الأفكار ما يلي:

ـ عن أبيّ بن كعب رضي الله عنه أن النبي صلى الله عليه وسلم قال: «إن للوضوء شيطانا يقال له ولهان، فاتقوا وسواس الماء». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، أخرجه الترمذي.

ـ عن عبد الله بن زيد رضي الله عنه قال: شكي إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم يخيل إليه أنه يجد الشيء في الصلاة. قال «لا ينصرف حتى يسمع صوتا أو يجد ريحا». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، رواه البخاري ومسلم.

المحور الثاني: وهو محور الأفعال القهرية التي تأخذ شكل الأفعال الدينية

وأما فيما يتعلق بالأفعال القهرية التي تأخذ شكل الأفعال الدينية في مجتمعاتنا فيتمثل أكثرها في شكل تكرار الفعل، ويمكن تقسيم هذه الأفعال القهرية إلى نوعين:

١ـ أفعال التكرار القهرية: وتتمثل في تكرار الوضوء، وغالبا ما يحدث التكرار في أثناء الوضوء، أي قبل إتمامه أصلا، فيظل المريض يعيد غسل العضو بعد أن غسله ثم يعود يكرر الفعل نفسه، وعادة ما تكون الفكرة التسلطية التي تسبقه فكرة تتعلق بالتشكيك في إحسان أو إسباغ الوضوء، وغالبا ما تأخذ عملية الوضوء وقتا طويلا، وإن اختلف من حالة لأخرى، وفي بعض الحالات يحدث تكرار الوضوء بعد أن ينهيه الشخص، وربما بعد أن يخرج من مكان وضوئه، حيث يشك في أغلب الأحوال في أنه نقض وضوءه، فيعود لتكراره مرة أخرى، وفي بعض الحالات لا يحس المريض بالرغبة في تكرار الوضوء إلا بعد أن ينوي الصلاة، فعندها فقط يحس بأنه نقض الوضوء فيعود لتكراره، كما تتمثل أفعال التكرار القهرية أيضا في تكرار تكبيرة الإحرام، وبعض الحالات تكرر التكبيرة كل مرة بصوت أعلى من المرة

السابقة. وأما الفكرة التسلطية التي عادة ما تسبق هذا النوع من الأفعال القهرية، فهي أن التكبيرة لم تحسن، أو أنها لم تقع أي لم تقع في قلب المصلي، أو أنه لم يخشع بالقدر الكافي حسب رأيه، وبعض الحالات تتمثل الأفعال القهرية فيها في تكرار قراءة الفاتحة أو السورة القصيرة، ولكن نسبة هذه الحالات أقل. أما أقل الحالات من حيث النسبة فيحدث فيها تكرار لفرض الصلاة كله. ومن أحاديث النبي، صلى الله عليه وسلم، التي تقدم علاجا عمليا لمثل هذا النوع من الوساوس حديث أبي سعيد الخدري رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: «الشيطان يأتي أحدكم وهو في الصلاة فيأخذ بشعرة من دبره فيمدها فيرى أنه قد أحدث فلا ينصرف حتى يسمع صوتا أو يجد ريحا». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، وفي لفظ أبي داود «إذا أتى الشيطان أحدكم فقال له: إنك قد أحدثت، فليقل له: كذبت إلا ما وجد ريحا بأنفه أو سمع صوتا بأذنه». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم.

كما روى عمرو بن شعيب عن أبيه عن جده أن رجلا أتى النبي عليه الصلاة والسلام فقال: يا رسول الله كيف الطهور؟ فوصف له الطهور ثلاثا ثلاثا، إلى أن قال: هكذا الوضوء، فما زاد على ذلك فقد أساء وظلم. صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، رواه أبو داود. وتسمية الرسول عليه الصلاة والسلام الزائد على الثلاث مسيئا ظالما يلزم ألا يكون ممن أحسن وضوءه، فلا يدخل في من له ثواب من أحسن وضوءه بل هو خليق بألا ينال بركة الوضوء لغلوه في الدين ومخالفته سنة سيد المرسلين صلى الله عليه وسلم، ومثال ذلك أيضا أن النبي، عليه الصلاة والسلام، كان ينضح فرجه بالماء إذا توضأ حتى إذا وجد بللا قال «هذا أثر الماء». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، رواه أبو داود.

٢- الأفعال القهرية العقلية Mental Compulsions ذات المحتوى الديني: وتتمثل مثل هذه الأفعال القهرية في تكرار آية معينة أو دعاء معين بشكل قهري. ولكي لا يختلط الأمر على القارئ لا بد من أن أبين هنا أن فارقا كبيرا يوجد بين أن تقرأ القرآن الكريم مختارا لتتفهم وتتدبر معانيه ولأنك تريد الحصول على الأجر من الله سبحانه وتعالى، أو لأن هذا يعطيك من الراحة والأمن النفسي ما تحس بحاجتك إليه، وبين أن تقرأ آية في سرك بشكل

متكرر لكي تصلح ما أفسدته فكرة تسلطية معينة. وإن كنت أحمد الله على أن المسلم يثاب على تلاوة القرآن في كل الأحوال مادام التزم بآداب التلاوة. لكن الفعل الذي تحس أنك تختاره وتفعله مختارا مختلف بالتأكيد عن الفعل الذي أنت مجبور عليه، ومن الأمثلة هنا أيضا تلاوة بعض الأدعية بشكل متكرر. والمشكلة هي أن التلاوة هنا لا تكون لذكر الله عز وجل بقدر ما تكون لمعادلة تأثير الفكرة التسلطية، ومن الملاحظات الطريفة أن بعض المرضى يكررون «أعوذ بالله من الشيطان الرجيم» بشكل طقسي مبالغ فيه، على رغم أنها لا تساعدهم على التخلص من الأفكار التسلطية (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢)ب.

سابعا: الوساوس (الأفكار التسلطية والأفعال القهرية) الجنسية

Sexual Obsessions & Compulsions

لا بد أولا من توضيح المقصود بالوساوس الجنسية لأن الكلمة في ثقافتنا العربية قد تعني أشياء غير المقصود بالأفكار التسلطية الجنسية، فهناك التخيلات الجنسية، وهناك الأفكار التسلطية الجنسية، وهناك الأفعال القهرية الجنسية.

١ـ التخيلات الجنسية: المفروض في التخيلات عموما، بغض النظر عن محتواها، أنها خبرة بشرية عامة وطبيعية، وتعتبر جزءا من عملية التفكير، أي أن لها وظيفة معرفية مهمة، والمفروض فيها أيضا أنها تقوم بوظائف نفسية مهمة، فالتخيلات قد تشبع بعض الحاجات النفسية للإنسان، وتوجد نوعا من التعويض لنقص موجود في الواقع، ومادامت هذه التخيلات في حدود تحكم الفرد وتقوم بوظيفتها فإنها تقع في النطاق الطبيعي للتفكير البشري، إلا أنها إذا زادت على الحد الذي يسمح للشخص بأداء دوره في الحياة، لأنها تشغله مثلا أو لأنه لا يستطيع أن يفرق بين ما هو من التخيلات وما هو من الواقع، فإنها تصبح علامة على وجود اضطراب نفسي يحتاج إلى علاج.

وأما التخيلات الجنسية بالتحديد فلابد أنها ككل أنواع التخيلات. أي أنها ليست استثناء ما دامت في الحدود الطبيعية. بمعنى أن لها وظيفة معرفية، كما أن لها وظيفة نفسية لإشباع الحاجات التي لا يسمح الواقع بإشباعها، إلا أنها في مجتمعاتنا العربية لا يمكن أن تؤخذ بهذه البساطة. لأن الكثيرين من الناس يعتبرونها حراما ويسرفون في محاسبة أنفسهم عليها على رغم أنه

روي عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال: «إن الله تعالى تجاوز لأمتي عما حدثت بها أنفسها ما لم تتكلم به أو تعمل به». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم، وروى الترمذي عن أبي هريرة رضي الله عنه: «قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «إن الله تعالى يقول للحفظة إذا هم عبدي بسيئة فلا تكتبوها فإن عملها فاكتبوها». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم.

كما أن الكثيرين في مجتمعاتنا أيضا يرجعون التخيلات الجنسية للشيطان (الوسواس الخناس)، أي أنهم يدخلونها من باب الوساوس الشيطانية التي تستلزم الاستعاذة بالله تعالى من الشيطان الرجيم. ونادرا ما يرجعها أحد إلى وسواس النفس، لأنه عيب طبعا أن يعترف المؤمن التقي أمام نفسه حتى بأن نفسه توسوس له بوساوس جنسية، على رغم أنه في حالة عدم زوال هذا النوع من التخيلات بالاستعاذة، وهو ما ينفي كونها من فعل الوسواس الخناس، فإنها غالبا ما تكون من وسوسة النفس مادامت لا تحمل في محتواها إلا متعلقات بالرغبة الجنسية الطبيعية التي لا تصطدم برغبات النفس الطبيعية (كما سيتضح عند شرح الأفكار التسلطية الجنسية)، وإنما بالقيمة الدينية التي تحث المسلم على العفة. ولذلك يمكن في مجتمعاتنا أن يعرض على الطبيب النفسي من يشكو من مثل هذا النوع من التخيلات الجنسية، خاصة من الشباب غير المتزوجين وهم كثرة، لأنه يرى فيها ما لا يتناسب مع إيمانه وتمسكه بدينه، أي أنه لا يريدها بينما يرحب معظم الغربيين بهذه التخيلات، بل يعتبرونها من التخيلات الممتعة والمحفزة للأداء الجنسي.

٢ـ الأفكار التسلطية الجنسية: ولابد لكي تستوفي فكرة ما شروط الفكرة التسلطية التقليدية في الطب النفسي أن يكون رد فعل الشخص لها هو الرفض والنفور والضيق والقلق، ومعنى ذلك أن هذه النوعية من الأفكار الجنسية إنما تحتوي على ما ينفر الشخص، إذن فهي تحتوي على ما هو شاذ أو غير طبيعي، كأن ترتبط مثلا بالمحارم أو بالممارسات الجنسية الشاذة حسب تقاليد مجتمعنا، أو أن تحتوي على ما ينفر المرء من الموضوع الجنسي كله. وقد أشارت أكثر من دراسة أجريت على العرب إلى نسبة مرتفعة للأفكار التسلطية الجنسية مقارنة بالنسب الغربية، وإن كانت النسب العربية مختلفة فيما بينها إلى حد ما. ففي دراسة عكاشة (Okasha et al.,1991) التي نشرت عام ١٩٩١ كانت النسبة ١٨٪ بينما كانت النسبة ٤٨٪ في دراسته

الأخيرة (Okasha,2001) التي نشرت عام٢٠٠١، وفي المملكة العربية السعودية كانت الوساوس الجنسية من أقل الوساوس انتشارا في الدراسة (Mahgoub& Abdul-Hafez, 1991) التي نشرت عام١٩٩١ أيضا، ولم تجر دراسات أحدث بعد ذلك. المهم أن ما يمكن أن نخلص إليه من مقارنة هذه النسب العربية بعضها ببعض غير واضح، فقد يكون الخجل سببا من أسباب عدم التطرق لموضوع كموضوع الوساوس الجنسية، مما يؤدي إلى نسبة أقل من الحقيقة(!)، كما قد يكون الوازع الديني القوي سببا، على المستوى الشخصي، لرفض شخص ما لتخيلاته الجنسية واعتبارها وساوس يود التخلص منها، وهو ما يؤدي إلى نسبة أكبر من الحقيقة، ولهذين السببين أقول أيضا إن مقارنة النسب الموجودة عندنا بالنسب الموجودة في الغرب فيما يتعلق بهذا الأمر قد تعطي نتائج غير الحقيقة، فنحن في كل المواضيع التي تتعلق بالجنس لا نزال في حاجة إلى فهم أنفسنا وفهم الجنس نفسه كموضوع. المهم أن الأفكار التسلطية الجنسية هي أفكار اقتحامية تسبب الضيق والقرف للمريض، لأنها تتنافى مع دينه دائما إذا كان غير محصن، وإذا اشتملت على غير حلاله إن كان محصنا، ومع دينه وأخلاقه إذا كانت متعلقة مثلا بأحد المحارم كالأم أو الأخت أو العمة أو زوجة الأخ... إلى آخره، وأحيانا مع توجهه الجنسي، فمثلا يعاني البعض من أفكار تسلطية جنسية تجاه أفراد من جنسه نفسه، وربما دفعته هذه الأفكار التسلطية إلى ممارسة أفعال قهرية لكي يقاوم أو يعادل تأثيرها، ولابد هنا بالطبع من أن نتذكر كل ما تعلمناه في هذا الفصل عن طريقة تفكير الكثيرين من مرضى الوسواس القهري. ففي وجود الإحساس المتضخم بالمسؤولية وفي وجود الميل لدمج الفكرة بالفعلة واعتبار التخيل دليلا على إمكان حدوث الفعل، ويضاف إلى ذلك رغبة المريض في أن يتحكم في أفكاره واعتقاده أنه يجب عليه ذلك، كل هذه الأنواع من المفاهيم المعرفية تجعل عذاب هؤلاء المرضى لا حد له.

ولا يشترط، لاعتبار الأفكار التسلطية جنسية، أن تحتوي على محتوى جنسي صريح من جانب الشخص، فقد يكون الأمر متعلقا بمجرد النظر كما يتضح من حالة النظارة السوداء، فقد كان المريض يعاني من فكرة أن عينه ستنظر رغما عنه ناحية أعضاء الآخرين التناسلية، وهناك حالات تبدو عكس حالة «خالد» هذا، فقد عالجتُ امرأة متزوجة كانت تخاف من أن تقف في

مواجهة أي رجل(!). واضطرت إلى الانقطاع عن عملها، ولم تكن قد أخبرت آحدا بسبب ذلك، ولم تخبرني بالطبع بسهولة، وعندما أخبرتني كان محتوى فكرتها التسلطية مفاجئا بالنسبة إلي، فقد كانت مدرسة في إحدى مدارس البنين الإعدادية، وكانت الفكرة التسلطية التي تعذبها كما يلي: «الأولاد في الفصل ينظرون ناحية بطني أقصد أسفل بطني (لاحظ التورية)، وهم بالطبع ينظرون إلي كامرأة لا كمدرسة، وأنا أحس أن نظراتهم تلك، وإن كانت لا تعنيني الآن، يمكن مع الوقت أن تؤثر فيّ، وأصبحت أخاف أن أضعف، وآن أستسلم للإثارة وآغضب ربي(!)، صدقني يا دكتور إن وضع المرأة لا يسمح لها بأن تعمل مدرسة في مدرسة للبنين في مثل هذه السن، ثم إنني أقف في مواجهة الطلبة الجالسين، أي تكون بطني مباشرة في وجه عيونهم، فكيف يكون لي أن أمنع نظراتهم إلى بطني؟ لقد كنت في البداية أستطيع تجاهل هذه الفكرة الغبية، لكنني مع الوقت وجدت نفسي أفكر فيها ليل نهار، وأصبحت متقززة من نفسي، لأنني أجد نوعا من الإثارة في ذلك! آليس من الأفضل إذن أن أترك هذا العمل؟».

وانظر إلى مشكلة هذا الطالب العربي الذي يقيم في أمريكا: «الخناس واللا خناس.. أنواع الوسواس»، فهذا الشاب (عمره ما بين العشرين والخامسة والعشرين) الذي يعيش في المجتمع الغربي المفتوح دخل على شبكة الإنترنت، لا ليزور مواقع الإباحية، وإنما ليتصفح موقعا من أفضل وأثرى المواقع الإسلامية على الشبكة، لكنه بالرغم من ذلك لم يسلم من الوقوع في براثن الوسواس القهري: «السلام عليكم، مشكلتي غريبة عجيبة ولا تخطر ببال مخلوق، أنا شاب متعلق بفتاة وأحبها بشدة، وقد اتفقنا على الزواج بأقل فترة زمنية. وكان كل شيء يسير جيدا وطبيعيا بحياتي حتى قرأت مشكلة هنا، إذ يقول صاحبها: إنه يتوتر لرؤية الرجال الوسيمين أو ما شابه. الغريب أن هذا الشعور تملكني فجأة وحوّل حياتي جحيما. ففاتحت صديقة لي وأخبرتني بأنها وساوس شيطانية، وعلي أن أقرأ القرآن وأصلي، ففعلت وشعرت بتحسن كبير، ولكن الوسوسة ظلت تقض مضجعي عند رؤية الرجال الأقرب للإناث أو كلما تذكرت الأمر، وأحس أن أحدهم يوسوس لي بأني لا آحب النساء وأني شاذ. وهذا ما دفعني إلى الرجوع لعادة الاستمناء كأيام المراهقة. وصرت أشاهد صورا جنسية بعض الأحيان لأثبت لنفسي بأني أحب

النساء، وهذا ما أنا عليه. أنا أعاني من مكر الشيطان الذي يستغل كل الطرق لسحبي للمعصية، وأعاني من تقريع ضمير، لأني شاهدت صور نساء عاريات. ولكني أصررت على ألا أفعلها مهما عانيت. أنا أشعر بطبيعية تامة إلى جانب خطيبتي، ولكنها بعيدة عني الآن. أنا الآن أفضل مما قبل، ولم يعد يزعجني شيء سوى تذكر هذا الأمر وطرد وساوس الشيطان، أنا طبيعي ومتأكد من ذلك، ولكني أريد أن أنسى فكيف؟».

هذه إذن أفكار تسلطية جنسية تتنافى مع التوجه الجنسي للمريض وتدفعه إلى ممارسة ما لا يود ممارسته من أفعال، فنستطيع اعتبار الاستمناء هنا فعلا قهريا والشيء نفسه ينطبق على اضطراره إلى مشاهدة صور النساء العاريات لكي يثبت لنفسه أنه لا يعاني من الجنسية المثلية، ولم يستطع التخلص من هذه الفكرة التسلطية بقراءة القرآن والمواظبة على الصلوات، لأنها بالطبع ليست كلها وساوس الشيطان كما يتصور، لكنه مع ذلك تحسن كثيرا بعد مواظبته على الصلاة وقراءته للقرآن. وهذا أمر طبيعي لكل مسلم خاصة من يعيش من المسلمين في بلاد مفتوحة بشكل لم نربَّ على مواجهته ولا أُعددِنا الإعداد الكافي له. المهم أن هذه الحالة توضح لنا كيف يحدث التفاعل الذي ينقل المريض من الفكرة التسلطية إلى الفعل القهري لكي يتخلص من عذابه، ولكن هيهات.

(٢٤) «ماء المرأة وماء الرجل!»

كانت جهاد تتابع علاجها من اضطراب وسواس قهري. معظم أعراضه تدور حول تكرار الوضوء والشك في خروج ريح من عدمه، وبعد أن تحسنت حالتها إثر استخدام أحد عقاقير الماسا مع جلسات العلاج السلوكي المعرفي. عرفت منها بالمصادفة، وبعد ستة أشهر من العلاج. أنها لا تنتظم في الصلاة طوال فصل الشتاء (وائل أبو هندي، ٢٠٠٢)ب. وأن سبب عدم انتظامها في الصلاة في فصل الشتاء هو أنها لا تستطيع الاغتسال كل يوم خمس أو ست مرات. فلما فتحت عيني من دهشتي بدا عليها الخجل الشديد، ودمعت عيناها، وهي تقول إنها لم تكن كذلك قط، ولكنها بعد موقف لا ذنب لها فيه أصبحت تسقط أحيانا فريسة للتخيلات الجنسية والتي ينتج عنها إفرازات تحتية؛ فرحت أشرح لها ما يستوجب الغسل شرعا وما يكفي فيه الوضوء، ولكنني وجدتها تقول إنها سألت أحد الشيوخ في المسجد وقد قال لها: نعم

إذا رأت الماء، ودلل لها بحديث للرسول عليه الصلاة والسلام سألته عائشة أم المؤمنين فيه هل على المرأة من غسل إذا احتلمت فأجابها عليه الصلاة والسلام «نعم إذا رأت الماء». صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم. ولما كنت كطبيب أعرف أن المرأة ليس لديها ما يقابل قذف السائل المنوي في الرجل، وإن لديها فقط إفرازات من المهبل ومن عنق الرحم ومن غدة بارثولين. ولكنها كلها إفرازات ناتجة عن الإثارة الجنسية وتعمل على تهيئة المهبل لعملية الجماع، لكن بكل تأكيد ليس هناك ما يقابل القذف عند الرجال. وليس هناك إفراز مصاحب لذروة النشوة كما في الرجل، اللهم إلا ما اكتشف حديثا جدا من قطرات معدودة من الإفراز لا تدري بها المرأة ولا الرجل، نادرا ما تخرج من الإحليل أوالمبال الأنثوي Female Urethra، وهي عبارة عن إفرازات من الغدة القرب مبالية Paraurethral Gland، وتختلط هذه الإفرازات بكمية ضئيلة من البول أيضا (Bartlik , 1999) ولا تزال الأبحاث في هذا الموضوع ضئيلة جدا، لأن معظم هذه الإفرازات إن حدثت إنما تدخل إلى المثانة ولا تخرج من الفتحة الخارجية للمبال (Hallward & Ellison, 2001). المهم أنني لم أكن سمعت حديث الرسول عليه الصلاة والسلام قبل ذلك، وقلت لها إنني سأسأل ولا أخفي عليكم ليتني ما سألت، فقد فوجئت بأساتذة في كليات العلوم الإسلامية يتحدثون عن ماء المرأة كمقابل لماء الرجل، بل أخذ أحدهم يشرح لي الفرق بين الماءين فهذا أبيض وذاك أصفر، ولا أريد الخوض أكثر من ذلك، فشيخنا قرأ عن أحد الأئمة القدامى تفسيرا محدود العلم في وقت كتابته، لكن شيخنا كالكثيرين يراه مقدسا ولا مجال فيه للنقاش، وكأن التفسيرات التي أعطيت، والإنسان لا يعرف شيئا عن علم التشريح أوعلم الفسيولوجي، لابد أن تبقى ملزمة لنا في زماننا الحالي. المهم أنني غيرت اتجاهي في السؤال وسألت أساتذة النساء والتوليد بكلية الطب جامعة الأزهر فعرفت كيف أن الأمر استرعى اهتمامهم من قبل، وكيف خلصوا إلى أن الرسول عليه الصلاة والسلام إنما قصد شيئا آخر ولم يقصد بماء المرأة ماء يفرز مصاحبا لذروة النشوة مقابلا لماء الرجل، مثلما يصر الأشاوس من شيوخنا الفقهاء، وأن ما يستوجب الغسل في المرأة هو الوصول إلى ذروة النشوة سواء في الحلم أو في اللقاء الجنسي إن كانت متزوجة، أوالتقاء الختانين في حد ذاته: وأما ما يحدث لمريضتي تلك فلم يكن غير بعض

الإفرازات المهبلية البسيطة التي تقابل فسيولوجيا عملية الانتصاب في الرجل، وربما ما نسميه المزي وهو إفراز لا لون له يحدث في الذكور ويكفي الوضوء للتطهر منه، لست أدري بالطبع كم واحدة في بلادنا تغتسل كلما أحست إحساسا جنسيا صاحبه بعض الإفرازات المهبلية، وربما قابلت يوما من تستحم حتى وإن لم تر الماء لأن نظرها ضعيف، وهي تريد أن تكون في الجانب الآمن (وائل أبو هندي، ٢٠٠١).

ومريضتي هذه كانت تعالج في الأصل من اضطراب الوسواس القهري، وكانت مسلمة ملتزمة وطالبة متفوقة في دراستها، لكنها كأي بنت مسلمة يتأخر سن زواجها للعديد من الأسباب في مجتمعاتنا العربية، يمكن أن تحدث لها إثارة جنسية ناتجة عن أي نوع من أنواع التخيلات، ولأنها موسوسة بالطبع فقد كان لزاما عليها أن تسأل وأن تفرض على نفسها قيودا أكثر من اللازم، ولذلك تعبت في إقناعها بأن ما يحدث لها لا يستوجب الغسل بل الوضوء، وما كدنا نصل إلى حل وسط فيما يتعلق بالاغتسال غير الضروري، حتى خرجنا منه إلى زيادة التخيلات الجنسية التي أصبحت تضايقها وتعذبها، لا لشيء إلا لأنها جنسية، والمفروض ألا تحدث لها كمسلمة ملتزمة، وهكذا صارت تخيلاتها تلك تؤلمها وتعذبها لأنها ترفضها رغم عدم وجود ما هو غير طبيعي فيها، وانتهت مريضتي إلى أنها يجب عليها أن تغتسل لتتخلص من هذه التخيلات ومن تأثيرها عليها، وكأنما دخلنا في أفعال قهرية متعلقة بالتخيلات الجنسية.

ولننظر إلى هذه الحالة أيضا من موقع إسلام أون لاين بعنوان وساوس.. وميول مثلية: حيث تقول صاحبة المشكلة: «لقد انتهيت إلى قرار إرسال مشكلتي بعد أن أقفلت الأبواب في وجهي، واستحكمت حلقات مصيبتي حول عنقي حتى خنقتني وملأت قلبي نارا تحرقني كل ثانية من عمري، فأنا مصابة بأمر لا أجد تفسيرا له، ما حدث هو أنني كنت على علاقة بشخص كان يتعمد إثارتي بالحديث عن القبلات، وللأسف كنت أسمح له لأنني أردته وعشقته إلى درجة الجنون، وكان لا يمكن أن يكون هناك أدنى شك في أننا سنتزوج، إلى أن جاءت الطامة الكبرى على رأسي وكشفت زيف مشاعره، وأنني كنت إحدى فتيات كان يسري عن نفسه باحتوائهن. وإبداء الاحترام الزائف للأفكار الدينية والمعتقدات التي تؤمن بها ضحاياه، ومهما شرحت فلن

تتصوروا كيف أنه استطاع خداعي. فأنا فتاة ذكية ولا يمكن بسهولة اللعب علي والتسلي بي ولكن ماذا أقول؟ هل أقول إن فوق كل ذي ذكاء ذكيا؟... هذا هو الظاهر. أثناء علاقتي به كنت أشعر بإثارة دائمة، حتى في الأوقات التي كان يقول فيها كلاما عاديا، كان مجرد سماع صوته يثير الرغبة في أن نكون معا زوجا وزوجة ونمارس حقوق الزواج الشرعية، ولكن حصل شيء غريب هو أنني أثناء ذلك أصبحت أشعر بإحساس غريب يسيطر علي فجأة من تارة إلى أخرى وهو أنني أريد الفتيات، ومع أنني أرفض هذه الرغبة، إلا أنها كانت تسيطر علي، وأجاهد في إبعادها فأفقد التركيز في الصف الذي أدرس فيه، وأتعلل بالذهاب لقضاء أمر ما لأبتعد عن الفتيات، وأبكي وأدعو الله أن يذهب هذا الإحساس، ولكن دون جدوى.. ثم بعد أن قطعت علاقتي به لأنني أعملت عقلي. حيث إنني لن أتزوج بكاذب، فقد أخفى علي أنه متزوج ولديه أطفال. المهم استمر إحساسي بالرغبة الشديدة، إثارة دائمة... واستمر إحساسي تجاه الفتيات. ولاحظت أنني أمعن النظر في الجميلات. وذوات الجسد المشوق، وأتخيل ما تحت ثيابهن رغما عني فأعود لألعن نفسي. لقد استحالت حياتي جحيما وأصبحت أعيش في رعب دائم من أن أؤذي فتاة، وأصبحت أشعر أنني مختلفة حتى أنني تساءلت: لماذا يصيبني الله بهذه المشاعر ويطلب مني مجاهدتها؟ أليس هذا عذابا ثم هل أنا في الواقع ذكر؟ وأحتاج إلى عملية تحويل؟ وأنا لا أريد أن أتحول إلى ذكر. كما أنني أهتم بجمالي وأناقتي كفتاة، هذا كله طبعا أثر في علاقتي بصديقاتي وجعلني أنعزل خوفا من إيذائهن. أشعر بفراغ عاطفي كبير جدا ولا أعرف ماذا أفعل برغبتي الشديدة وإحساسي تجاه الفتيات. كما أنني لم أعد أستطيع الصلاة فهناك أفكار عن الدين تسيطر علي عن وجود الله وما فائدة الدين. ومن قال إن القرآن صحيح؟ ربما أنه محرف! وتخاريف كثيرة. بت أحتقر نفسي وأشعر أنني جرثومة على المجتمع إبادتها فورا».

هذه الحالة عانت فترة من التخيلات الجنسية التي كانت مصاحبة لعلاقتها المشبوهة مع الرجل الذي ذكرته، وهي بالطبع مسؤولة عن وضع نفسها في هذا الوضع، لكنها بدأت تحس في نفسها ما تستغربه منها من ناحية المشاعر الجنسية التي تتجه ناحية البنات من جنسها نفسه، وواضح أن الأمر إنما ينبع أصلا من الحاجة الجنسية التي لا تسمح ظروف مجتمعها

بتلبيتها بشكل شرعي مقبول، فمن بين أنواع الجنسية المثلية هذا النوع العابر الذي يصادف الشخص في فترات الحرمان الجنسي من الجنس الآخر. لكن هذه الفتاة تشعر ليس فقط بحرمة هذه النوعية من الأفكار وإنما بسخفها أيضا، لكن إلحاح هذا النوع من النزعات والمشاعر عليها أوصلها إلى حد أنها بدأت تشك في حقيقة جنسها البيولوجية، فهي تتساءل هل أنا في الواقع ذكر؟ على رغم أنها مارست دورها كأنثى في حدود ما استطاعت في مجتمعها بالطبع كما أنها أحبت هذا الدور. ومن الواضح أن عذابها ذلك أدخلها في حوار مع مفهومها الشخصي عن المولى عز وجل، وراحت تترنح في لجج من الأفكار الاجترارية التي تشككها في كل ما تؤمن به. وهي هنا معذورة إلى حد كبير، لأنها صادفت ما وضع كينونتها كأنثى في محل شك أمامها، فما بالكم بما تؤمن به بالغيب؟ إننا نجد في هذه الحالة مثلا لما قد تفضل الكثيرات المعاناة منه في صمت.

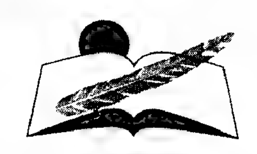
٣ ـ الأفعال القهرية الجنسية Sexual Compulsions

وهذه الأفعال مختلفة إلى حد ما عن التخيلات الجنسية وعن الوساوس الجنسية، كما أنها مختلفة عن الأفعال القهرية المعهودة في اضطراب الوسواس القهري، فالذي يحدث في الأفعال القهرية الجنسية هو أن الشخص يحس بأنه مجبور على الإتيان بفعل جنسي معين، قد يكون في حد ذاته ممتعا بالمعنى الجنسي للكلمة، أو قد يكون مجرد مخفف للضيق والتوتر الذي يعانيه الشخص. وهو في الحالة الأولى يعتبر نوعا من أنواع اضطرابات التحكم في الاندفاعات أو اضطرابات العادات والنزوات Habit and Impulse Disorders التي تدخل في اضطرابات نطاق الوسواس القهري. فهي حالة يكون إتيان الفعل القهري فيها ممتعا في حد ذاته في معظم الأحيان.

أما ما يمكن من الأفعال الجنسية القهرية أن يعتبر عرضا من أعراض اضطراب الوسواس القهري، فهو ما ينطبق عليه وصف الحالة الثانية التي يكون فيها الإتيان بالفعل مخففا للضيق والتوتر الناتج عن إلحاح فكرة تسلطية يرفضها الشخص أصلا، كما يظهر من الحالة السابقة التي لجأ فيها المريض إلى ممارسة العادة السرية، وإلى مشاهدة صور النساء العاريات، لكي يثبت لنفسه أنه لا يعاني من الجنسية المثلية. أو كما يحدث في بعض الحالات

التي يعاني فيها المريض من فكرة تسلطية، مثل أن أعضاءك الجنسية ستضمر أو يعتريها التلف ما لم تستجب للانتصاب! (والاستجابة المقصودة هنا بالطبع تكون بممارسة الاستمناء أو غيره من الأفعال الجنسية)، ومن الواضح بالطبع في مثل هذه الحالات أن الطبيب النفسي يجد أفكارا تسلطية جنسية إضافة إلى الفعل القهري الجنسي، كما أنه كثيرا ما يجد أفكارا تسلطية وربما أفعالا قهرية أخرى، بحيث يكون من الواضح أن هناك اضطراب وسواس قهري لا تقتصر أعراضه على المحتوى الجنسي.

والحقيقة أن التفريق ليس بهذه البساطة التي عرضته بها الآن، لأنه في العديد من الحالات يكون الفعل الجنسي القهري ممتعا فقط في بداية الاضطراب النفسي، لكنه يتحول بعد ذلك إلى ما يشبه اضطرابات الإدمان، بمعنى أن الشخص يتحول من مجرد ممارسة الفعل القهري الجنسي للحصول على المتعة أو تعظيمها، إلى ممارسته لأنه لم يعد يستطيع الاستغناء عنه، فهو كالمدمن يعرف أنه يضر نفسه ويخالف دينه وقيمه، لكنه لا يستطيع منع نفسه من ممارسة الفعل الجنسي القهري، لأنه يعاني الكثير من القلق والتوتر والضيق إن لم يفعله، أي أننا نجد الاضطراب في بدايته مشابها لاضطرابات العادات والنزوات، حيث يكون الهدف هو الحصول على اللذة أو تعظيمها، ثم في نهاية الأمر مشابها لاضطرابات الإدمان، حيث يكون الهدف هو تجنب الإحساس الأليم بالضيق عند الكف عن تكرار الفعل، وإن كان بقاء الفعل ممتعا حتى في هذه الحالة الأخيرة أمرا يجعل تصنيف أمثال هؤلاء المرضى من الصعوبة بمكان.



15 كيف تتعامل الأسرة مع المريض بالوسواس القهري

أولا: كيف نعرف أن في أسرتنا مريضا بالوسواس القهري؟

لعل أهم نقطة في هذا الموضوع هو أن تعرف الأسرة بادئ ذي بدء أن واحدا من أفرادها مريض بالوسواس القهري، علما بأن هناك حالات لن تعرف الأسرة فيها أن أحد أفرادها يعاني كل هذه المعاناة، وذلك لسببين:

أما السبب الأول فهو أن الكثير من أعراض اضطراب الوسواس القهري إنما توضع على المتصّل نفسه الذي توجد عليه التصرفات الإنسانية العادية، فهي نظافة أو هي حرص أو دقة أو انضباط، أو هي اهتمام أو هي انشغال، لكنه زائد عن الحد. أي أنه على نقطة متطرفة من المتصل، والتفريق بين ما هو طبيعي وما هو غير طبيعي يحتاج إلى وضع حد فاصل نتفق عليه جميعا، وذلك في حد ذاته صعب! لكن من الممكن أن نعتبر من وجود تأثير سلبي لأي من هذه الصفات في

.هنالك حالات تتسبب افكار التلوث التسلطية فيها الى العزلة الاجتماعية التامة للمريض وللأسرة أيضا

المؤلف

أداء الشخص لواجباته الأسرية أو الوظيفية أو الاجتماعية، أو وجود معاناةِ شخصية واضحة بسبب هذه الصفات بداية للتداخل بين ما هو طبيعي وما هو مرضي.

وأما السبب الثاني فهو أن الكثير من المرضى، كما ذكرت من قبل، يعانون في صمت ويكتمون سر معاناتهم خوفا من اتهامهم بالجنون. ومعظم هؤلاء طبعا يعانون أفكارا اجترارية Obsessive Ruminations، وأفعالا قهرية من النوع العقلي Mental Compulsions. وهو ما يسمح لهم بالمعاناة في صمت دون أن يحس أحد من المقيمين معهم في البيت نفسه إلا أنهم يعانون الأرق أو التوتر... وهكذا. لكن معظم الطقوس القهرية الحركية يصعب إخفاؤها خاصة أن معظمها يتعلق بالنظافة والتكرار. وبالتالي فإن من السهل ملاحظة قيام الشخص بغسل يديه أكثر من الشخص العادي، ومن السهل ملاحظة قيامه بالتحقق من آدائه للأفعال التي يفعلها الناس كلهم ببساطة، ولا يحسون بالرغبة في التحقق أو التأكد من فعلهم لها. والمثل الشائع هنا هو التحقق لأكثر من مرة من إغلاق الباب أو القفل أو أنبوبة الغاز. وهناك أيضا من يلاحظ اضطرارهم إلى العد أثناء قيامهم بأعمالهم اليومية، وهناك من يبدون تجنبا وتخوفا مثلا من لمس الأشياء التي يلمسها الناس عادة بلا خوف ولا قلق، بل ربما بفرح مثل الأوراق النقدية المستعملة!

وأما من هم أكثر عرضة للوسوسة في صمت فهم الأطفال لأنهم في كثير من الأحيان لا يعرفون أن شيئا غير طبيعي يحدث لهم. ويحتاج الطفل إلى فترة طويلة من الوقت لينتبه إلى اختلافه عن أقرانه. أو ربما نبهه أحدهم لذلك، وربما يلاحظ المدرس في المدرسة قبل الأهل أيضا.

وفي حالات اضطراب الوسواس القهري في الأطفال يمكن أن يلاحظ الوالدان بعض العلامات على الطفل تجعل من الحاجةِ إلى ملاحظة تصرفاته بشكل أدق أمرا لا بد منه، وما أذكره هنا هو بعض التصرفات التي قد تحدث من الطفل ولا ينتبه إليها الأهل أو يفهمونها خطأ ويعاقبون الطفل لأنه لا يستطيع التوقف عنها. ومن المهم بالطبع أن يمثل التصرف تغيرا عن المعتاد بالنسبة إلى هذا الطفل:

١ـ ظهور ما يشبه الجير على اليدين من كثرة الغسل بالصابون.

٢ـ استهلاك كميات فوق المعتادة من الصابون أو ورق الحمام.

٣ـ التأخر في الحمام لمدة أكثر من المعتاد.

٤ـ البقاء لساعات طويلة أمام الكتاب من دون قلب الصفحة، وربما هبوط في الدرجات.

٥ـ الإفراط في استخدام الممحاة وظهور ثقوب في الكراريس نتيجة لذلك.

٦ـ الإطالة في الوضوء أو في أداء الصلاة.

٧ـ تكرار السؤال لأفراد الأسرة (عادة للاطمئنان): مع طلب الإجابة بكلمات معينة ليطمئن.

٨ ـ قضاء وقت أطول من اللازم في التهيؤ للخروج.

٩ ـ الإصرار على أن يكون آخر من يخرج من البيت بعد أفراد الأسرة لكي يكون بإمكانه مصاحبتهم.

١٠ـ الخوف المتكرر والمستمر على حالته الصحية أو حالة أحد أفراد الأسرة (كما يتضح من تكرار السؤال مثلا).

ومن الأسئلة التي تفيد في بيان وجود الأعراض إذا أعطيت للطفل أو للمراهق في حالة الشك في وجود الأعراض القهرية، خاصة إذا كان هناك تاريخ أسري لاضطراب الوسواس القهري أو اضطراب العرات (اللوازم الحركية) أو اضطراب توريت:

١ـ هل لديك أفكار أو تخيلات أو صور تزعجك أو تقلقك؟

٢–هل تجد نفسك مرغما على التحقق وإعادة التحقق من الأشياء؟

٣–هل تغسل يديك أو جزءا من جسمك عددا من المرات أكثر من الأطفال الآخرين؟

٤–هل تعاني الشك في إتمام الوضوء أو الصلاة بشكل مضبوط؟

٥–هل تجد نفسك مرغما على العد حتى رقم معين أو تكرار عمل الأشياء عددا معينا من المرات؟

٦ـ هل تجد نفسك مرغما على تجميع الأشياء التي عادة ما يرميها الأطفال الآخرون؟

٧ـ هل تحتاج إلى التحقق المتكرر من أن شيئا بشعا لم أو لن يحدث؟

٨ـ هل تحتاج إلى قراءة أو كتابة الأشياء أكثر من مرة لتتأكد من صحة ما قرأت أو كتبت؟

٩ـ هل تخاف من أن تقول بعض الأشياء التي لا تريد أو لا يصح أن تقولها؟

١٠ـ هل أنت شديد الترتيب والحرص على أن يكون كل شيء في مكانه. لكي لا يحدث مكروه؟

ثانيا: كيف نتصرف في المرحلة الأولى بعد اكتشاف المرض؟

ولنفترض أن الأسرة عرفت أن أحد أفرادها يعاني اضطراب الوسواس القهري. ما هو الأسلوب الذي يجب اتباعه لكي يصلوا به إلى بر السلامة والأمان؟ من المفروغ منه - بالطبع - أن لجوءهم إلى الطبيب النفسي هو أول ما يجب فعله، ولكن الغرض الأساسي من هذا الفصل هو بيان كيفية التعامل مع المريض الذي يحاول إشراك أهله في الطقوس القهرية، سواء أكانت في شكل أسئلة يظل يسألها ويكررها ويطلب الإجابة عنها لكي يطمئن. هل نجيب عنه ليطمئن أم نتركه ليخبط رأسه بالحائط؟ وإذا تمثلت الأعراض في شكل طقوس معينة في الغسل أو الوضوء أو غير ذلك، وماذا يكون رد الفعل في حالة ما إذا طلب المريض من أعضاء الأسرة الالتزام بقواعد معينة في أدائهم للأنشطة اليومية العادية؟ أعتقد أن من المفيد أن أتكلم بشكل فيه تحديد أكثر لأن كون المريض هو أحد الأبناء يجعل الكلام مختلفا عن كونه أحد الوالدين، ويختلف الكلام كذلك بناء على من من الوالدين هل هي الأم أم هو الأب؟

في حالة الأبناء: عادة ما تتمثل المشكلة هنا في خوف الوالدين على الطفل أو المراهق من أن يصبح مريضا نفسيا، ولعل لذلك الخوف ارتباطا وثيقا بالنظرة السلبية الموجودة في مجتمعاتنا العربية، والموروثة أصلا عن الغرب على رغم ما يعتقده الكثيرون من أن الغرب ليس لديهم مشاكل من هذه الناحية. والحقيقة أن النظرة السلبية للمرض النفسي والطب النفسي بالتالي هي موروث غربي تلقفته المجتمعات العربية التي انفصلت عن تاريخها تماما (وائل أبوهندي، ٢٠٠٢) أ، المهم أن الكثيرين من الآباء والأمهات يطلبون من الطفل أو المراهق الكف عن أفعاله التي لا معنى لها. وهم يتهمونه بأنه يستطيع أن يمنع نفسه وأن الأمر كله بيديه! وهم في ذلك واهمون طبعا كما أن بعض الآباء والأمهات يرون في قدرة المريض أحيانا على التحكم في أفعاله القهرية دليلا على أن الأمر كله بيديه! وهذا ما يسبب الكثير من الألم للمريض، وعلى العكس من ذلك نجد بعض الآباء ومعظم الأمهات يستسلمون تماما لكل ما يطلبه الطفل أو المراهق فيفعلون ما يريح ابنهم من العذاب. بمعنى أنهم يشاركونه في إتمام الطقوس القهرية أو يلتزمون بالقواعد التي يضعها لهم. فأنا أعرف أما كانت تغسل رغيف العيش الذي ستأكلها بنتها بالماء والصابون! ثم تقوم بتسخينه على النار لكي يكون معقما بالشكل

الكافي!! وفي الحالة الأولى يتعذب المريض دون فائدة تذكر، وفي الحالة الثانية يكتشف الأهل بعد فترة أن استسلامهم لأعراض ابنهم أو ابنتهم لا يساعد بل يضر، وينتج عنه تعميم للأعراض وتضخيم للمخاوف والشكوك وتعظيم للشروط، فمثلا في المثال الذي ذكرته، الذي كانت الأم تغسل فيه العيش لابنتها بالماء والصابون ثم تسخنه، أصبح ذلك غير كاف من وجهة نظر البنت بعد ثلاثة شهور من ممارسة الأم لذلك، وطلبت من أمها أن تستخدم الكحول الأبيض بعد الماء والصابون، وهنا خافت الأم لأنها تعرف أن الكحول مسكر وكل مسكر حرام! إذن الاستسلام لا يحل المشكلة.

والمطلوب من أعضاء الأسرة، لكي يكون تصرفهم على مستوى المسؤولية، هو إعانة المريض على مرضه من دون تجريح ولا سخرية، لأن المريض يجب ألا يلام. كما أن العديد من ردود الأفعال الأسرية، مثل الاهتمام المفرط والحمائية الزائدة Emotional Over-Involvement (كما يتمثل في الاستسلام لرغبات المريض)، أو عكس ذلك كالانتقاد Criticism أو العدائية Hostility (كما تتمثل في اتهام المريض بأنه يستطيع التحكم في تصرفاته ولكنه لا يريد، أو إلقاء اللوم عليه فيما قد تتعرض له الأسرة من مشاكل)، كل ردود الأفعال هذه التي يترك فيها أعضاء الأسرة العنان لانفعالاتهم قد ثبت أنها تضر أكثر مما تفيد (Shanmughai et al.,2002).

في حالة الأم/الزوجة: في هذه الحالة يكون الدور الأساسي في التعامل مع الموقف واقعا على عاتق الزوج، خاصة الزوج الموجود في البيت طبعا، لأن هناك أزواجا لا يدخلون البيت إلا للنوم في أيامنا هذه، ويمكن أن يصاب أحد أبنائه بالوسواس القهري ولا يدري إلا إذا أخبرته زوجته، وأما عندما يصيب الوسواس القهري الزوجة فكثير من الأزواج لا يعلمون، وكثيرا ما يكون علمهم بالأمر هو أول ما يدفع الزوجة لطلب العلاج خوفا من رد فعل زوجها، فإذا علم الزوج أن الموقف الذي يجب عليه اتخاذه من الأفكار التسلطية هو طمأنة زوجته ومساعدتها على العلاج، وأما الموقف الذي يجب عليه اتخاذه من الطقوس القهرية فإنه يعتمد - إلى حد كبير - على طبيعة تلك الطقوس فهناك طقوس تستهلك وقتا كبيرا من الزوجة بما يؤثر في واجباتها المنزلية، وهناك منها ما يستهلك الإمكانات المادية للزوج كالإسراف في شراء المناديل الورقية والصابون والمنظفات بوجه عام، المهم أن الموقف المثالي للزوج من

الطقوس القهرية هو البيان الواضح لمدى قدرته على التحمل واستعداده التام لمساعدة الزوجة في العلاج بشتى صوره، شريطة أن تتعاون مع المعالج وأن تلتزم بالعلاج، وعليه أن يطمئن المريضة وأن يذكرها دائما بأن عدم الاستسلام للفعل القهري لن يهد الدنيا وكل ما سيحدث هو زيادة مؤقتة للقلق، وعليها بعد ذلك طبعا أن تلتزم بنصائح المعالج.

وقد ذكرت من قبل في فصل العلاج، في باب اضطراب الوسواس القهري، أن المدى الذي يمكن أن تصل إليه شدة الأعراض القهرية ومدى تعميمها على المواقف والأحداث يعتمد كثيرا على مدى استعداد الأسرة للتحمل، فهناك من تشتري ملابس جديدة في كل مرة تخرج فيها من البيت: لأن الملابس قد تلوثت بالتأكيد! ولا يمكن أن ترتديها مرة أخرى، وهناك من تكتفي بغسل الملابس مرتين بدل مرة واحدة لأنها تعرف أن زوجها لن يشتري لها بديلا لما ترميه في الشارع لأنه اتسخ! وأضيف هنا أيضا أنه في بعض حالات أفكار التلوث التسلطية يصل الأمر إلى اضطرار الزوج إلى تغيير المسكن بصورة متكررة لأن الأمور تصل في كل شقة إلى الحد الذي لا يمكن معه استمرار العيش فيها، فالزوجة يصل خوفها من التلوث من هذه الشقة، التي تعتبرها تلوثت بشكل ليس له حل، إلى أن تمتنع تماما عن تنظيفها لأنها تخاف من لمس أي شيء فيها! بل إن هناك من تحجم عن رعاية أطفالها لأنهم لا يلتزمون بما تأمرهم به فلا تطبخ لهم مثلا، وهناك من تحرم على أسرتها أكل اللحم الحيواني لأنها رأت ما يحدث عند بائع اللحم من إهمال يمكن أن تتلوث الذبيحة بسببه، وهي ترفض اللحم برمته نتيجة لذلك.

وهكذا يمكن أن تصبح المرأة الموسوسة بالنظافة عكس ما كانت، لأنها تعتبر أنه لا فائدة من التنظيف فهو لن يزيل التلوث الذي حدث، فضلا عن خوفها من أن تلوث نفسها، ويمكن أن تصبح حال أطفالها يرثى لها بعد أن كانت موسوسة في اهتمامها بهم، ويعتمد ذلك كله إلى حد كبير على مدى ما تسمح به إمكانات الزوج المادية واستعداده للاستسلام لوساوس زوجته.

وأما موقف الأبناء في حالة إصابة أمهم باضطراب الوسواس القهري فهو موقف لا يحسدون عليه، خاصة في المرحلة الأولى، أي في مرحلة اكتشاف أن ما تفعله الأم من تصرفات تبدو غريبة أو مبالغا فيها هو علامة من علامات المرض النفسي، فهم من جهة لا يستطيعون إخبارها بأنها مريضة نفسيا

خوفا من أن يتهموا بقلة الأدب، وهم في الوقت نفسه، من جهة أخرى، لا يستطيعون دائما طاعتها في كل تحكماتها ومتطلباتها، ولا ننسى بالطبع أنها الأم التي تجب طاعتها بحكم الدين، ولكن هل معنى ذلك أن عليهم طاعتها؟ وإلى متى تجب عليهم طاعتها؟ إن هناك حالات رأيتها بعيني رأسي كان على الأولاد فيها - إن أرادوا الحياة في البيت كأبناء للأم - أن يلتزموا حرفيا بتعليماتها التي كان منها على سبيل المثال لا الحصر: الخروج من باب البيت ممنوع في يوم الجمعة (لأن فيه ساعة نحس!)، والدخول من باب البيت يجب أن يكون بالقدم اليمنى ومن باب الشقة إلى باب الحمام حيث يتم خلع الملابس كلها والاغتسال ثم غسل المفاتيح... وهكذا، وكان على البنت ألا تجلس مباشرة على المقاعد الخشبية في الجامعة، بل كان عليها أن تقوم بفرش مجموعة من المناديل الورقية قبل الجلوس لكي لا تخالف أمها... وهكذا. وهناك حالات تتسبب أفكار التلوث التسلطية فيها إلى العزلة الاجتماعية التامة للمريض وللأسرة أيضا، فهم لا يفتحون باب البيت لأحد لأن الأم لا تثق في نظافته مثلا. وحتى في حالة ثقتها في نظافته أو في كونه سيلتزم بقواعد الوجود في الشقة فيلمس كذا ولا يلمس كذا على سبيل المثال، وأحيانا يقاوم أعضاء الأسرة ذلك لكنهم كثيرا ما يستسلمون لأن النتائج المترتبة على عدم طاعتهم للأوامر دائما ما تكون أسوأ من طاعتهم للأوامر.

ومعنى ذلك أن هؤلاء الأبناء يوضعون في صراع مستمر ما بين رغبتهم في الحياة بشكل طبيعي وبين التزامهم بتعليمات الأم وبين اضطرارهم إلى الكذب عليها أحيانا أو باستمرار. إن على الأبناء أن يستعينوا بالأب أو بالخال أو بالعم (أو من هم في مقامهم حسب الظروف الخاصة بكل أسرة) في مثل هذه الحالة؛ لأن ترك هذه الأمور لا يؤدي إلى هدوئها وإنما بالعكس إلى تفاقم المشكلة.

في حالة الأب والزوج والعائل الوحيد: وهنا أصعب الأوضاع لأن الزوج هو الآمر الناهي وهو السيد المطاع في معظم البيوت العربية، وليس كل مريض بالوسواس القهري يعترف أمام نفسه وأمام الآخرين بأنه مريض نفسي ولعلها هنا تكمن المشكلة فلو أن الأب على استعداد للاعتراف بمرضه لما كانت هناك مشكلة، فمن الممكن أن يكون المريض هنا لا يعرف أنه مريض، ومن الممكن أن يكون عارفا بأنه مريض لأنه يعرف أنه ورث هذه الحالة عن جده أو أبيه مثلا. ولكن معلوماته هي أنه لا علاج لمثل هذه الحالات. وليست

هناك بالطبع ثقافة طبية نفسية لدى معظم الناس في بلادنا العربية، ولا دراية بالتطور الذي أحرزه الطب النفسي في أساليب وطرق العلاج. والذي يحدث في الكثير من الأحيان هو أن الزوجة والأبناء يلاحظون اضطراب تصرفات الأب ولكنهم يخافون من فتح الكلام في الموضوع، وكثيرا ما يستسلمون لتحكمات هذا الأب والزوج. وهناك حالات يصل فيها استسلام المريض للطقوس القهرية إلى الحد الذي يؤثر في التزامه بعمله وقدرته على كسب لقمة العيش لأنه يتأخر عن مواعيد العمل، وأحيانا يرفض الذهاب أصلا إلى العمل، ومن المعروف أن ممارسي طقوس الغسل وطقوس التحقق بصفة خاصة من أكثر الذين يقابلون مشاكل في عملهم (Khanna et al.,1988)، وهناك حالات قليلة يتسبب اتخاذ أعضاء الأسرة لموقف حاد من الطقوس القهرية التي يطلب منهم الزوج / الأب المشاركة فيها فيرفضون المشاركة إلى وقوف الأسرة على حافة الانهيار بالطلاق وأحيانا يحدث الطلاق بالفعل!. فماذا يفعل هؤلاء المساكين؟ لابد - في رأيي أنا - من طلب التدخل والوساطة من أهل الزوج أو أصدقائه المقربين. ويحسن فعل ذلك بعد محاولة الكلام في الموضوع مع الزوج نفسه: لأن فتح الموضوع بصورة حكيمة يمكن أن يكون كافيا لاعتراف الأب /الزوج بوجود مشكلة، ويصبح اللجوء إلى الطبيب النفسي ممكنا بعد ذلك.

ثالثا: كيف نتعاون مع المعالج في أثناء العلاج

الحقيقة أن تعاون الأسرة مع المعالج في أثناء العلاج يفيد فائدة كبيرة في التعجيل بعملية الشفاء وفي المحافظة على التحسن الذي يتم الوصول بفضل الله تعالى إليه. وإن كان هناك في بلادنا كثير من المرضى النفسيين بوجه عام يقبلون على الطبيب النفسي دون علم أفراد أسرهم ويطلبون من الطبيب ألا يجبرهم على إعلام الأهل بأنه يعالج نفسيا، وهو ما يجعل الطبيب والمريض وحدهما في العملية العلاجية، ويجعل العلاج أصعب وأطول ولا حول ولا قوة إلا بالله. ويحتاج الأمر بالطبع إلى فهم أعضاء الأسرة كلهم لطبيعة اضطراب الوسواس القهري ونوعية الأدوية المستخدمة في علاجه وطول المدة التي يقرر الطبيب النفسي احتياج المريض إلى الاستمرار على العلاج خلالها. كما أن من واجب الطبيب النفسي أن يوضح للمريض وللمتوافرين من أعضاء

الأسرة احتياج المريض إلى الصبر على الدواء الذي لا يعمل إلا بعد فترة قد تصل إلى ثلاثة شهور، مع أن المريض يستخدمه كل يوم. فهذه هي النقطة الأولى التي يحتاج المريض والأهل فيها إلى تعلم الصبر، وفي الحالات التي يكون فيها الأهل متفتحون ومستعدون للتعاون يستطيع الطبيب النفسي أن يشرح لهم مفاهيم العلاج السلوكي والمعرفي. ويستطيع أن يتخذ منهم معاونين له في برنامج العلاج السلوكي الذي يتفق عليه مع المريض، ومن الممكن الاستعانة بأخ المريض أو أخته، كما يمكن الاستعانة بالأبناء، بشرط أن يكونوا على قدر من الفهم والوعي اللازمين لإدراك الفرق بين دورهم كمساعدين للمعالج ودورهم كأبناء، وأن يفرقوا بين ما تجب عليهم فيه طاعة الأم أو الأب. وبين ماهو جزء من المرض تجب عليهم إعانة الأب أو الأم عليه.

رابعا: كيف نتعاون مع المريض والمعالج في مرحلة العلاج الوقائي؟

ولعل من أهم المفاهيم التي يجب إيصالها للناس هنا هو أن الوقاية خير من العلاج، بمعنى أن الاستمرار. على العقار بعد حدوث التحسن أفضل من تركه وإعادة المحاولة كلها بعد رجوع الأعراض، خاصة أن الدواء قد لا ينجح في كل مرة! ومن النقاط المهمة هنا في مجتمعاتنا أن يوضح الطبيب النفسي أن الدواء المستخدم في العلاج، سواء كان من مجموعة الماس أو الماسا. هو دواء آمن إلى حد كبير في حدود العلم والدراسات المتاحة منذ أكثر من عشرين عاما وحتى يومنا هذا، وأن الاستمرار عليه لفترات طويلة آمن أيضا، وأن تركه في أغلب الحالات يعني أن تعود أعراض الوسواس القهري إلى الظهور.

ثم إن هناك نقطة مهمة أيضا. وهي أن نتيجة العلاج إنما تقيم بابتعاد المريض عن السلوكيات القهرية التي كان يضيع أيامه في ممارستها. وبقدرته على فعل ومواجهة الأشياء التي كان يخاف من مواجهتها. وكذلك بقدرته على التغلب على الأفكار التسلطية إذا حدث أن هاجمته في لحظة ما وهو على العلاج. لكن الغريب أن المرضى في بلادنا يريدون معنى آخر لنجاح العلاج وهو أن ينسوا أعراض المرض وفترة المرض بكل تداعياتها وتأثيراتها فيهم وفي أسرهم، ومن هذه التداعيات مثلا أنهم لا يزالون يتناولون الدواء الذي يشكل في الكثير من الأحيان عبئا اقتصاديا على الأسرة. أو أنهم ما زالوا يتذكرون الأفكار التسلطية التي كانت تقتحم وعيهم ولا ينجحون في التخلص

منها، ولا يكفيهم أنهم يستطيعون بعد العلاج التغلب عليها والتخلص منها. فهم يريدون نسيانها تماما. والواقع أن ما يطمح إليه العلاج هو أن تكون لدى المريض القدرة على التحكم في أفكاره و أن يستطيع التناسي، لا أن ينسى ما كان، أقول هذا القول لأنني لاحظت نوعا من التعاون المستتر مع المريض ضد حالته في أثناء مرحلة العلاج الوقائي، فترى أعضاء الأسرة يوافقون بصمتهم على ترك المريض للدواء وانقطاعه عن المتابعة مع طبيبه لأنهم يرون أنه تحسن ولم يعد بحاجة إلى علاج ولا إلى طبيب، وهم في الحقيقة، فضلا عن مخالفتهم لنصائح الطبيب، إنما يعبرون عن رغبتهم في التخلص من العبء المادي والمعنوي لاستمرار المريض على العلاج، مع أن هذا هو السبيل الوحيد إذا أراد الله تعالى لمريضهم أن يبقى قادرا على التحكم في وسواسه القهري.

الخاتمة: حول المفهوم الحالي لاضطراب الوسواس القهري

المفهوم الحالي للوسواس القهري مفهوم لا يزال في مرحلة التطور والتغير بشكل يجعل المرْء غير قادر على التعميم اللازم لنحت المصطلحات، لكن الواضح حتى الآن على الأقل أن اعتبار هذا الاضطراب واحدا من اضطرابات القلق إنما هو اعتبار بعيد عن الصواب، لأن اعتبار وجود القلق بوضوح في معظم مرضى الوسواس القهري سبب كاف لضمه إلى اضطرابات القلق ويجعل المرء يتساءل لماذا لا نضع النسبة الأكبر من مرضى اضطرابات الاعتماد على العقاقير مثلا أو مرضى اضطراب الاكتئاب الجسيم أيضا مع اضطرابات القلق.

وربما يكون التوجه الحديث لاعتباره واحدا من مجموعة الاضطرابات النفسية الجديدة إلى حد ما (أو التي بدأنا نفهمها ونجمعها ونصنفها حديثا)، والتي تسمى باضطرابات نطاق الوسواس القهري توجه أفضل بكثير من اعتباره واحدا من اضطرابات القلق، وهذه المجموعة من الاضطرابات في الحقيقة هي اضطرابات تتعلق بمتصل شعوري معرفي آخر هو متصل الاندفاعية (أو التسيب) في مقابل القهرية (أو التحكم)، أي أنها تتعلق بقدرة الشخص على التحكم في رغباته واندفاعاته، ويوضع مريض الوسواس القهري بالطبع على أقصى طرف القهرية أو التحكم، بينما تتوزع بقية الاضطرابات على هذا المتصل إلى أن نصل إلى اضطرابات العادات والنزوات في أقصى الطرف الآخر للمتصل، أي طرف الاندفاعية أو التسيب.

والذي يتأمل مريض الوسواس القهري من قرب بعد أن يلم بمعطيات البحث العلمي الجديدة، إنما يقف حائرا عند نقطة كثيرا ما يعتبرونها الجوهر المميز لاضطراب الوسواس القهري، وهي مقاومة المريض للفكرة التسلطية أو للفعل القهري. وكان مفهوم بقاء البصيرة مركزيا بالطبع عند الجميع حتى وقت قريب، لكنه اهتز الآن بعنف واهتزت معه فكرة أن المقاومة ضرورية للتشخيص، وأصبحنا نراجع الكثير من حساباتنا في الطب النفسي، بينما يكتشف المتأمل من قرب أن المشكلة أعمق من مجرد التحكم والمقاومة، إنما هي خلل في عملية التحكم نفسها، فمريض الوسواس القهري كثيرا ما يتأرجح بين التحكم والتسيب، وكثيرا ما نراه عاجزا عن ضبط هذا البعد من أبعاد نفسيته، ومن يتأمل التاريخ المرضي للعديد من الحالات التي ورد ذكرها في هذا الكتاب يعرف معنى هذا الكلام، فتلك السيدة التي كان كل ركن في بيتها يلمع كما تلمع المرآة وحياتها كلها كانت تنظيفا في تنظيف، يمكن أن تتخذ قرارا مفاجئا بالكف عن تنظيف بيتها بل وعدم السماح للآخرين بتنظيفه؛ لأنها ببساطة أصبحت تشعر بالقرف من هذا البيت أو من نفسها، أو لأنها وقعت فريسة للتخزين القهري لأكياس القمامة! بل وأكثر من ذلك أننا لو تأملنا طريقة الانتحار، الذي نادرا ما يفعله مريض الوسواس القهري، لوجدناها دائما من أكثر أشكال الانتحار اندفاعية!

ولعل هذا ما يدفعني إلى القول بأن مريض الوسواس القهري لديه مشكلة في عملية التحكم نفسها. وليس الأمر كما يبدو لأول وهلة تحكما زائدا فقط أو رغبة في التحكم الزائد فقط. فهناك إحساس أساسي داخلي بفقد الأمان، هو ما يجعل من تمسكه المفرط بالقواعد محاولة لمواجهة ذلك الشعور الدفين باللا أمان الأساسي، ومن المفيد أيضا هنا أن نتأمل الطريقة الفريدة التي يتعامل بها مريض الوسواس القهري مع الأعراف الاجتماعية، فهي ليست دائما الالتزام الصلب بالتقاليد والعرف، بل إنها كثيرا ما تكون عكس ذلك. فهل لذلك من معنى؟ إن مريض اضطراب الوسواس القهري الذي يفرط في تنظيف جسده عادة ما لا يمتلك العادات المفضية إلى الصحة الجسدية، كما أن مريض الوسواس القهري الذي يصر على الانضباط والنظام في حياته غالبا ما لا يفعل ذلك بغاية تحسين أدائه في حياته، وإنما يفعله لأن الانضباط والنظام غايتان في حد ذاتهما! كما أن متابعة حياة مريض

اضطراب الوسواس القهري من الطفولة حتى الكهولة كثيرا ما تظهر تباينا كبيرا في تحكمه مقابل تسيبه، فهو متسيب - مثلا - جدا في طفولته، ومتحكم جدا في كهولته أو العكس. وكانت هذه الملاحظة ملاحظة شخصية لي حتى اكتشفت من الدراسات ما يؤيد وجهة نظري تلك (Hollander et al, 1996)، خاصة في حالات اضطراب الوسواس القهري المصحوبة أو المصاحبة لاضطراب العرات (Hood et al, 1998) و(Hood et al, 1999)، حيث اتضح وجود اندفاعية عالية بالفعل في هؤلاء المرضى.

ثم أن موقف مريض الوسواس القهري في مواجهة المواقف الحياتية التي تتسم بالجدة عليه إنما يبين تأرجح موقفه ما بين الاستسلام التام، وما بين الاعتراض العدواني أحيانا بالشكل الذي يؤكد افتقاده للمرونة في مواجهة المواقف الحياتية وعدم معرفته كيف يتعامل معها، والكلام نفسه يمكن أن يستنتج من عدم إقبالهم أو ترحيبهم بالجديد عموما: لأنهم لايعرفون أو يخافون من التعامل معه (Bejerot,et al.,1998) و(Kusunoki et al, 2000)، المهم أن ذلك كله يجعل وضع اضطراب الوسواس القهري ضمن مجموعة مستقلة من الأمراض السلوكية والنفسية هي اضطرابات نطاق الوسواس القهري، هو الوضع الأقرب إلى الواقع، ونحن ما نزال في مرحلة الفهم فيما يتعلق بهذه المجموعة من الاضطرابات.

ما موقفنا نحن كأطباء نفسيين عرب من ناحية دراسة هذا الاضطراب في بلادنا، ففيه كثير من التقصير، وإن كنا - في واقع الأمر- لا نتحمل المسؤولية عنه كاملة: لأننا - إلى حد بعيد - نواجه بالعديد من المفاهيم الخاطئة التي كثيرا ما تحول بين الطبيب النفسي وبين ممارسة عمله اليومي كطبيب نفسي. فما بالنا بعمله كباحث حين يحاول البحث؟ وبينما البحث العلمي وظيفة أساسية لا غنى عنها لكل طبيب نفسي في مجتمعاتنا، فإن فجوة كبيرة ما تزال تفصله عن مجتمعه لمجرد أنه طبيب نفسي، وأنا بذلك لا أبرر بالطبع اكتفاءنا بنتائج الدراسات الغربية، لأنها بالتأكيد لا تعبر عن واقع حالنا وحال مجتمعاتنا العربية، وأقول ذلك رغم اعترافي بأنني أنا شخصيا في هذا الكتاب كثيرا ما اعتبرت نتائج الدراسات الغربية على المجتمعات الغربية مؤشرات أخذت بها، واعتبرت أنها تعبر عنا، لكن عذري أنني لم أجد لها بديلا، وأنني كنت أعتبر خبرتي الشخصية في مجال عملي

إضافة إلى خبرة أساتذتي وزملائي وتلاميذي من الأطباء النفسيين أداة تنفعني كثيرا في تحديد ما يصلح وما لا يصلح للتطبيق على مجتمعنا، ولعل هذا ما يستطيع الباحث العربي أن يبدأ به.

وأنا من أجل ذلك أدعو كل طبيب نفسي عربي إلى العمل أولا على مجاهدة المفاهيم الخاطئة المتراكمة في وعي وفي لاوعي المجتمعات العربية، التي أزعم أن أصل معظمها، إن لم يكن كلها، إنما تسلل إلى الوعي واللاوعي العربي من خلال ما تسلل من مفاهيم ومواقف نتجت في الغرب، وليست لموقف رفض الطب النفسي أصول عربية ولا إسلامية كما بينت في دراسة سابقة لي (وائل أبوهندي، ٢٠٠٢)أ، وليس في تاريخ تعامل العرب والمسلمين مع المرضى النفسيين إلا ما يشرف المرء إن عرفه، وأنا لذلك أدعو الأطباء النفسيين العرب، وهذه هي دعوتي الثانية، إلى أن ينطلقوا من منطلقات تناسب ثقافتهم وموقفهم المعرفي من الحياة والإنسان لكي يدرسوا الصور المرضية للاضطرابات النفسية في المرضى العرب: لأن انطلاقنا من منطلقات تنبع من ثقافتنا نحن سيجعل اقترابنا من مجتمعاتنا أيسر وأنفع لنا ولهذه المجتمعات. وليست المطالبة بالعمل على وضع تصنيف عربي للأمراض النفسية من منظور عربي / إسلامي إلا أولى الخطوات على هذا الطريق، فلابد أن يكون نظام تشخيصنا عربيا ما دام مرضانا من العرب.

ولكي لا يبقى في نفسي شيء لم أقله معربا عن موقفي تجاه معطيات العلم الحديث فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية والمعلومات المترامية الأطراف في أيامنا هذه (لأن كم هذه المعلومات الآن أصبح جديرا بهذا التشبيه وليس غيره)، وكل هذه المعلومات في الحقيقة تتركز حول إثبات أن المادة هي أساس كل شيء، وتنبع من دراسات تدعي الموضوعية والحياد العلمي، وتأخذ الدراسة وضعها وأهميتها كلما كانت نتائجها قابلة للتكرار، وشروط الدراسة العلمية الحديثة لا تسمح إلا بمثل هذا النوع من الدراسات، والنتيجة الحالية هي أن لدينا كما رهيبا من النتائج والمعلومات المقننة إحصائيا، ولكنها لا تستطيع الإجابة عن أبسط الأسئلة التي يسألها الشخص العادي لا العالم ولا الطبيب، فمن دون أن تكون هناك نظرية مبدئية عن الكيان الإنساني وعن معنى وجود الإنسان في الدنيا وعن الهدف من وجوده تصبح كل المعلومات المتراكمة عاجزة عن الإجابة عن أبسط الأسئلة.

ولأضرب هنا مثلا بالدراسة الدقيقة لنسيج ما من أنسجة الجسد البشري، وليكن مثلا النسيج العضلي باستخدام المجهر الإلكتروني وكل وسائل الكيمياء الحيوية المتوافرة لدينا، إن هذه الدراسة تستطيع أن تعطيك تفاصيل لا حد لها عن النسيج العضلي ولكنها ببساطة شديدة لا تستطيع الإجابة عما هي وظيفة العضلات! وإنما الذي يجيب عن هذا السؤال البسيط هو معرفتنا بأن الإنسان يستخدم العضلات لكي يحرك أعضاءه، ولكي يتحرك جسديا من مكان إلى مكان، ولكي يحرك الأشياء، وهذه بالضبط هي حال العلم في الطب النفسي الحديث الذي لا ينطلق من نظرية عامة تفسر سر وجود الإنسان ووظيفته، اللهم إلا أن الإنسان مادة مستمدة من الطبيعة وتحكمها القوانين نفسها التي تحكم سائر مكونات الطبيعة، ولقد وضحت مسبقا أن هذا النوع من الفهم هو الأساس الذي تنطلق منه الدراسات العلمية الحديثة، وهو فهم واع عند معظم الباحثين الغربيين ولا واع عند الكثيرين من حسني النوايا الذين يسيرون خلفهم بيننا. وقد كنت دائما ما أعترض على هذا الفهم، وكنت دائما ـ ولو حتى ما بيني وبين نفسي ـ أقول مهما كانت المعطيات العلمية الحديثة تشير إلى المادة كأساس لكل شيء فإن هنالك بالتأكيد قصورا في هذا الفهم، لأن معتقداتي الدينية ـ وموقفي المعرفي المنبثق عنها ـ تقول بأن الله سبحانه وتعالى هو الخالق لكل شيء بما في ذلك المادة، والخالق بالتأكيد مختلف عن المخلوق ومتجاوز له، والله سبحانه وتعالى خلق الإنسان مودعا فيه نفحة من روح الله. هذه النفحة تجعل الإنسان في جانب منه، متجاوزا للمادة، وليس مجرد انعكاس لها وهذا فهم المسلمين.

وأنا أسأل سؤالا لكل من قام بإجراء بحث علمي على مجموعة من المرضى النفسيين، وسؤالي في منتهى الوضوح: «هل كنت تجري الدراسة وتخطط لها دون أن تكون في ذهنك نظرية تريد إثباتها؟». إن ادعاء أننا نتحرك في بحثنا بحيادية وموضوعية تامة هو ادعاء ينزع عنا صفة جوهرية فينا هي أننا بشر! فنحن نبحث لإثبات ما نريد إثباته، أو لنعرف أننا لن نستطيع إثباته مثلا، لكننا لا نستطيع البحث مبتدئين من نقطةِ لا شيء! وهنا يقبع السؤال: ما هي النقطة التي نتحرك نحن منها في بحوثنا في العالم العربي والإسلامي، إننا في كل بحث نجريه إنما نتحرك من معطيات بحث غربي ما لكي نثبت أو ننفي (وهو ما يندر جدا أن يحدث، وإن حدث فإنها

مصيبة تصيب الباحث في بلادنا للأسف)، والمشكلة التي لا يدري بها الكثيرون هو أن معطيات البحث الغربي ليست فقط متحيزة ضدنا، ولكنها متحيزة دون أن تدري ضد الإنسان نفسه، لأنها تنزع عنه كل ما هو إنساني! إننا إذن نحتاج إلى الانطلاق من رؤيتنا نحن للكون وللإنسان ما دامتْ لنا رؤية نؤمن بها.

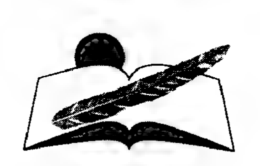
إذنّ: علينا أن ننتبه إلى بعض من الأفخاخ التي نقع فيها تباعا في بحثنا العلمي في العالم العربي الإسلامي، وأهمها هنا هو افتتاننا الكامل بالغرب، أو عكس ذلك، أي رفضنا الكامل للغرب، فمن ناحية افتتاننا أقول إنه قد يكون النموذج الغربي منظما ومتقدما بالمقاييس المادية، لكنه فاشل بالتأكيد في تعامله مع إنسانية الإنسان، وحتى إن نجح في تعامله مع الإنسان الغربي فإنه بالتأكيد غير ناجح في التعامل مع الإنسان العربي ولا يمكن أن ينجح معه، وأظن أن كل طبيب نفسي يعمل عقله ولا يدير ظهره للأفكار الحية الموجودة في مجتمعه، يعرف ذلك من خلال تعامله مع الناس في مجتمعاتنا. وأنا أستثني من هؤلاء أولئك الذين يعتبرون المجتمع العربي الإسلامي مجتمعا متخلفا بينما أفكارهم التي صدقوها عن الغرب هي التقدم، لأن التقدم في رأيي هو أن نصل بالإنسان إلى ما يجعله متوافقا مع حياته ومع ما خلقه الله من أجله، فالإنسان حسب معتقداتي الدينية أيضا موجود في هذه الدنيا لعلة وليس هباء ولا مصادفة، لكي يتْرك للسيروتونين يلعب به كيفما شاء، أيا كان السيروتونين هذا.

وأما رفضنا الكامل للغرب فأقول إنه موقف من يقرر الانتحار على كل المستويات؛ لأن الغرب الآن يسود العالم ماديا مستحقا هذه السيادة بما امتلكه من قدرة على التحكم في المادة، ونحن لا نستطيع الاستغناء عن أساليب مواجهة الواقع المادي السائد بالطبع، ولا الغرب حتى سيسمح لنا بذلك.

وأما الفخ الثاني فهو أن نقرأ أنفسنا بعيون غربية فنرانا كما يرانا الغرب ونرى الناس في مجتمعاتنا أيضا كما يراهم الغرب، وكذلك أن نقول أنفسنا ونقول الناس في مجتمعنا بلغة غريبة على الناس لكنها أسهل، لأنها اللغة التي تعلمنا بها، وتكون النتيجة هي أن يزيد انفصالنا عن الناس الذين يرون فينا أطباءهم النفسيين. وبينما يزيد انفصالنا عن مجتمعنا يزيد التصاق الناس بكل من هب ودب مِمن يدعون العلم ولا علاقة لهم به، لكنهم ينظرون للناس

بعيون لم تتأثر بعيون الغرب، فتكون اللغة التي يكلمونهم بها لغة مفهومة لديهم، وتكون قدرة هؤلاء على التواصل مع الناس أكبر من قدرة الأطباء النفسيين، فصحيح أن نقاط التشابه بين البشر على اختلاف أعراقهم ودياناتهم كثيرة، لكن نقاط اختلافهم أيضا كثيرة، ولا يمكن أن تكون أعراض الإنسان المسلم إذا ما أصابه اضطراب نفسي هي نفسها أعراض غيره، صحيح أن هناك تشابها كبيرا خاصة في اضطراب الوسواس القهري، لكن إغفال نقاط الاختلاف الذي يميل الكثيرون إليه ليس إلا إغفالا لكينونتنا وخصوصيتنا كبشر لهم بناء قيمي خاص بهم، ولعل لدى كل طبيب نفسي من المواقف التي قابلها في أثناء عمله في مجال الطب النفسي ما يؤيد ذلك وما لو حكاه لنا لعضد ما أقوله! لكن الأطباء النفسيين إما صامتون وإما يرطنون الإنجليزية بالعربية أو العربية بالإنجليزية، وأنا في النهاية لا أدري لماذا لا يتكلم الأطباء النفسيون في بلادنا بلغة يفهمها الناس؟

وأختتم الكلام بمسك الختام سائلا من لايغفل ولا ينام ﴿ربنا لا تؤاخذنا إن نسينا أو أخطأنا﴾ صدق الله العظيم.



المراجع

المراجع العربية

(١) **أ.د. علي جمعة** (٢٠٠٢): اتصال شخصي.

(٢) **أ.د. محمد حافظ الأطروني** (٢٠٠٢): اتصال شخصي.

(٣) **إبراهيم شوقي عبد الحميد**(١٩٩٦)أ: عرض كتاب تهذيب الأخلاق لابن مسكويه، في: علم النفس في التراث الإسلامي: الجزء الأول «سلسلة تيسير التراث (٢)» إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي. القاهرة ١٩٩٦ صفحة ٤٨٦ـ ٤٨٧.

(٤) **إبراهيم شوقي عبد الحميد** (١٩٩٦) ب: عرض كتاب «مفتاح دارالسعادة ومنشور دار العلم والإرادة» لابن قيم الجوزية في: علم النفس في التراث الإسلامي، سلسلة تيسير التراث (٢) الجزء الثالث، إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي ص١٤٤ ـ ١٥١.

(٥) **إبراهيم شوقي عبد الحميد** (١٩٩٦) ج: عرض كتاب «جامع السعادات» لمحمد مهدي أبي ذر النراقي في: علم النفس في التراث الإسلامي، سلسلة تيسير التراث (٢) الجزء الثالث، إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي ص ٣٣٧ ـ ٣٤٥.

(٦) **أبو حامد الغزالي** (١٩٩٨): إحياء علوم الدين، كتاب شرح عجائب القلب، دار الكتب العلمية، منشورات محمد علي بيضون، بيروت لبنان الطبعة الأولى، الجزء الثالث، من صفحة ٢٥ إلى صفحة ٤٠.

(٧) **أبو زيد البلخي** (١٩٨٤): مصالح الأبدان والأنفس، معهد تاريخ العلوم العربية والإسلامية (يصدرها فؤاد سركية)، جامعة فرانكفورت، ألمانيا.

(٨) **أحمد عبد الله** (٢٠٠٢). اتصال شخصي.

(٩) **أحمد عكاشة** (١٩٨٤): العصاب القهري الوسواسي، في: الطب النفسي المعاصر؛ صفحة: ٩٦ -١١١، الطبعة الخامسة مكتبة الأنجلو المصرية.

(١٠) **أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٢)**: المقياس العربي للوسواس القهري. مكتبة الأنجلو المصرية.

(١١) **إسلام شاهين (٢٠٠٢)**: اتصال شخصي

(١٢) **ابن حزم الأندلسي (١٩٧٥)**: طوق الحمامة في الألفة والأُلاَّف، تقديم وتحقيق فاروق سعد، منشورات دار مكتبة الحياة، بيروت لبنان.

(١٣) **ابن سينا (١٩٥٦)**: القانون في الطب؛ الجزء الثالث، القاهرة، دار الحلبي للنشر، صفحة ٨٥١.

(١٤) **ابن قدامة المقدسي (٥٤١ـ ٦٢٠ هجرية)**: ذم الموسوسين، القاهرة، الفاروق الحديثة للطباعة والنشر، من صفحة ١ إلى ٣٠.

(١٥) **باب مشاكل وحلول (٢٠٠٢)**. موقع إسلام أون لاين: www.islamonline.net http://.

(١٦) **توفيق عبد المنعم توفيق (٢٠٠٠)**: الوسواس القهري؛ دراسة على عينات بحرينية. مجلة علم النفس، عدد يوليو ٢٠٠٠، ص ٦٤-٧٧.

(١٧) **جمعة سيد يوسف (١٩٩٦)**أ: عرض كتاب «كشف الغمة عن جميع الأمة» لعبد الله بن أحمد بن علي الحنفي الشعراني، في: علم النفس في التراث الإسلامي: الجزء الثالث «سلسلة تيسير التراث (٢)» إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي، القاهرة ص ٢٨١-٢٨٧.

(١٨) **جمعة سيد يوسف (١٩٩٦)**ب: عرض كتاب التوبة للمحاسبي، في: علم النفس في التراث الإسلامي: الجزء الأول «سلسلة تيسير التراث (٢)» إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي، القاهرة ص:٩٤ ـ ٩٧.

(١٩) **الجمعية المصرية للطب النفسي (١٩٧٩)**: دليل تشخيص الأمراض النفسية، القاهرة، دار عطوة للطباعة ١٩٧٩.

(٢٠) **حسين علي البيات (٢٠٠٢)**: سيكولوجية المعصية،مجلة المنهاج، العدد الخامس والعشرون، ربيع ١٤٢٣ هجرية، ص: ١٤٨-١٨٩.

(٢١) **الحسين محمد عبد المنعم (١٩٩٦)**: عرض كتاب ذم الهوى لأبي الفرج ابن الجوزي في: علم النفس في التراث الإسلامي، سلسلة تيسير التراث (٢) الجزء الثاني، إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي، القاهرة، ص: ٣٠٧ ـ ٣١٤.

(٢٢) **دني ده روجمون** (١٩٦٣): الحب في الشرق والغرب. مجلة حوار، بيروت، العدد الثاني، يناير ١٩٦٣.

(٢٣) **رفيق حبيب** (١٩٩٨): العلوم الاجتماعية بين التحديث والتغريب، نموذج علم النفس، في: إشكالية التحيز، رؤية معرفية ودعوة للاجتهاد، محور علم النفس والتعليم والاتصال الجماهيري د. رفيق حبيب، سلسلة المنهجية الإسلامية (٩)، من إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي القاهرة، ص ٢٩.

(٢٤) **سليم حسن** (١٩٩٢): تاريخ مصر القديمة، الجزء الثالث: الدولة الوسطى. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص: ١١٢ ـ ١٢٢.

(٢٥) **سليم عمار** (٢٠٠٢): العلاج النفسي في الإسلام. بحث منشور على الإنترنت العنوان التالي على الشبكة:

http://www.islamset.com/arabic/apsycho/amar.html

(٢٦) **السيد سابق** (**١٣٦٥ هجرية**): فقه السنة، الجزء الأول، الفتح للإعلام العربي، القاهرة، طبعة خاصة، توزيع دار مصر للطباعة.

(٢٧) **سيد قطب** (١٩٨٠): في ظلال القرآن، المجلد الرابع، دار الشروق، القاهرة بيروت.

(٢٨) **شعبان جاب الله رضوان** (١٩٩٦)أ: عرض كتاب «حي ابن يقظان» لابن طفيل، في: علم النفس في التراث الإسلامي، سلسلة تيسير التراث (٢) الجزء الثاني، إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي القاهرة، ص: ٢٦٩-٢٧٤.

(٢٩) **شعبان جاب الله رضوان** (١٩٩٦)ب: عرض كتاب «روضة المحبين ونزهة المشتاقين لابن القيم الجوزية» في: علم النفس في التراث الإسلامي، سلسلة تيسير التراث (٢) الجزء الثالث، إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي القاهرة، ص: ١٨٨-١٩٥.

(٣٠) **صفوت فرج** (١٩٩٩): العلاقة بين السمات الشخصية والوسواس القهري، دراسات نفسية، العدد الثاني، المجلد التاسع، من صفحة ١٩١ إلى صفحة ٢٢٤.

(٣١) **طارق بن علي الحبيب** (٢٠٠٠): مفاهيم خاطئة عن الطب النفسي، بحث منشور على الإنترنت.

(٣٢) **عادل كمال خضر** (٢٠٠٠): الدلالات الإكلينيكية المميزة لاستجابات مريض بعصاب الوسواس القهري لاختبار تفهم الموضوع (TAT)، «دراسة حالة». مجلة علم النفس يوليو - أغسطس - سبتمبر، من صفحة ٧٨ إلى صفحة ١٣٩.

(٣٣) **عبد الستار إبراهيم** (١٩٩٨): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه. الكويت سلسلة عالم المعرفة: العدد ٢٣٩.

(٣٤) **عبد السلام محمد هارون** (١٩٨٥): تحقيق كتاب البيان والتبيين للجاحظ، الطبعة الخامسة، القاهرة، مكتبة الخانجي.

(٣٥) **عبد اللطيف محمد خليفة** (١٩٩٦)أ: عرض كتاب ابن القيم الجوزية «رسالة في أمراض القلوب» في: علم النفس في التراث الإسلامي. سلسلة تيسير التراث (٢) الجزء الثالث، إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي، القاهرة، ص: ٢٠٤-٢٠٩.

(٣٦) **عبد اللطيف محمد خليفة** (١٩٩٦)ب: عرض كتاب «بيان الفرق بين الصدر والقلب والفؤاد واللب» للترمذي في: علم النفس في التراث الإسلامي، سلسلة تيسير التراث (٢) الجزء الأول، إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي القاهرة، ص: ٢٦٥-٢٦٩.

(٣٧) **عبد الله بن أحمد بن علي الحنفي الشعراني** (١٩٨٧): «تنبيه المغترين أواخر القرن العاشر على ما خالفوا فيه سلفهم الطاهر»: القاهرة، مصطفى البابي الحلبي.

(٣٨) **عبد الوهاب الشعراني** (١٩٧٦): لطائف المنن والأخلاق في وجوب التحدث بنعمة الله على الإطلاق المعروف بالمنن الكبرى، الطبعة الثانية، تقديم الإمام الأكبر الدكتور/ عبد الحليم محمود شيخ الأزهر، القاهرة، عالم الفكر بميدان الحسين، من صفحة ٥٥٨ إلى صفحة ٥٦٣.

(٣٩) **عبد الوهاب المسيري** (١٩٨٩): الانتفاضة الفلسطينية والأزمة الصهيونية، دراسة في الإدراك والكرامة. القاهرة، ١٩٨٩، من دون ناشر، منقول من إشكالية التحيز، رؤية معرفية ودعوة للاجتهاد، محور علم النفس والتعليم والاتصال الجماهيري د. رفيق حبيب، سلسلة المنهجية الإسلامية (٩)، من إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي ١٩٩٨.

(٤٠) **عبد الوهاب المسيري** (٢٠٠١): العالم من منظور غربي، كتاب الهلال، العدد (٦٠٢)، فبراير ٢٠٠١، دار الهلال، القاهرة.

(٤١) **عبد الوهاب المسيري** (١٩٩٧): الصهيونية والنازية ونهاية التاريخ، رؤية حضارية جديدة، الطبعة الأولى، دار الشروق، القاهرة .

(٤٢) **علاء الدين كفافي** (٢٠٠١): تشخيص الاضطراب الاجتراري، مجلة علم النفس، العدد ٥٩، يوليو، أغسطس، سبتمبر (٢٠٠١)، الهيئة المصرية العامة للكتاب القاهرة.

(٤٣) **فرج عبد القادر طه** (١٩٩٤): أصول علم النفس الحديث. القاهرة دار المعارف.

(٤٤) **فريح العنيزي** (١٩٩٧): الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين: مجلة دراسات نفسية: المجلد الثاني: العدد السابع: ٢٠٢-١٨١

(٤٥) **فوزية الدريع** (٢٠٠٢): الشعور بالذنب، سلسلة كتيبات «كل الأسرة».

(٤٦) **كمال إبراهيم مرسي** (١٩٨٨): تعريفات الصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس، مجلة المسلم المعاصر(٥١ و٥٢) صفحة ١٥٣ ـ ١٨٦.

(٤٧) **كولز** (١٩٩٢): المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي. ترجمة: عبد الغفار الدماطي، ماجدة حامد، حسن علي حسن، مراجعة: أحمد عبد الخالق، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، صفحة ٢٥١ و٢٥٢ (مأخوذ عن: أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٢).

(٤٨) **مالك بن نبي** (١٩٨١): وجهة العالم الإسلامي، سلسلة مشكلات الحضارة، إصدارات ندوة مالك بن نبي، ترجمة أ.د. عبد الصبور شاهين، دار الفكر، سوريا، دمشق.

(٤٩) **الماوردي، علي بن محمد بن حبيب البصري** (١٩٨٧): أدب الدنيا والدين، الطبعة الأولى، بيروت، دار الكتب العلمية صفحة ٣١٨.

(٥٠) **مجد الدين الفيروز أبادي** (١٩٣٨): القاموس المحيط، الطبعة الرابعة، القاهرة، المكتبة التجارية الكبرى، دار المأمون.

(٥١) **مجمع اللغة العربية** (١٩٨٥): المعجم الوسيط، الجزآن الأول والثاني، القاهرة، مجمع اللغة العربية.

(٥٢) **محمد بن الحسن الحر العاملي** (٢٠٠٣): تفصيل وسائل الشيعة إلى تحصيل مسائل الشريعة، الجزء الأول، تحقيق مؤسسة آل البيت عليهم السلام لإحياء التراث عن العنوان الإلكتروني:
http://www.rafed.net/books/hadith/wasael-1/was1001.html

(٥٣) **محمد عثمان نجاتي** (١٩٨٠): الإدراك الحسي عند ابن سينا، مبحث في علم النفس عند العرب، الطبعة الثالثة، القاهرة: دار الشروق ١٩٨٠، صفحة ١٧٧و١٧٨.

(٥٤) **محمد علي الصابوني** (١٩٨١): مختصر تفسير ابن كثير، المجلد الثاني، دار القرآن الكريم، بيروت، لبنان.

(٥٥) **محمد عماد فضلي** (٢٠٠١): العلوم الطبية والتحيز للنموذج الأوروبي الغربي. «منقول من: العالم من منظور غربي، كتاب الهلال، العدد (٦٠٢)، فبراير ٢٠٠١، دار الهلال، القاهرة».

(٥٦) **محمد غانم** (١٩٩٨): كيف تتعامل مع الآخرين، إصدارات دار أخبار اليوم، سلسلة كتاب اليوم الطبي، العدد ١٩٠، صفحة ٢٧-٣٢.

(٥٧) **محمود الذاودي** (١٩٨٦): التخلف الثقافي النفسي كمفهوم بحث في مجتمعات الوطن العربي والعالم الثالث، في: محمد عزت حجازي وآخرون، نحو علم اجتماع عربي: علم الاجتماع والمشكلات العربية الراهنة. لبنان، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية.

(٥٨) **محمود خاطر**: مختار الصحاح للشيخ الإمام، محمد بن أبي بكر عبد القادر الرازي، ترتيب محمود خاطر، دار الحديث.

(٥٩) **مروان أبو حويج** (١٩٨٨): الإرشاد النفسي التربوي في الفكر الإسلامي: دراسة تحليلية لأسس الصحة النفسية عند مسكويه، المجلة العربية للعلوم الإنسانية: الجزء ٣١، من صفحة ١٣١ إلى صفحة ١٦٣.

(٦٠) **مصطفى السعدني** (٢٠٠٢): تاريخ اضطراب الوسواس القهري بمنطقة الشرق الأوسط، بحث مقبول للنشر في مجلة كلية الآداب، جامعة الإسكندرية ٢٠٠٢.

(٦١) **معتز السيد عبد الله (١٩٩٦)أ**: عرض كتاب ذم الموسوسين لابن قدامة المقدسي، في: علم النفس في التراث الإسلامي: الجزء الثاني «سلسلة تيسير التراث (٢)» إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي. القاهرة ١٩٩٦، صفحة ٣٩٨.

(٦٢) **معتز السيد عبد الله (١٩٩٦) ب**: عرض كتاب الوصايا للمحاسبي، «بدء من أناب إلى الله» في: علم النفس في التراث الإسلامي: الجزء الأول «سلسلة تيسير التراث (٢)» إصدارات المعهد العالمي للفكر الإسلامي، القاهرة، صفحة ١٠٦.

(٦٣) **منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩)**: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD/10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، النسخة العربية، الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية.

(٦٤) **منير البعلبكي (٢٠٠١)**: المورد، دار العلم للملايين، بيروت لبنان.

(٦٥) **موقع القسم العربي لإذاعة دوتش فيللي الألمانية (٢٠٠٢)**:
http://www.dwelle.de/arabic/archiv/me_010117-1.html

(٦٦) **نجمة يوسف ناصر الخرافي (١٩٨٥)**: سيكولوجية العصاب القهري، رسالة دكتوراه «غير منشورة»، جامعة عين شمس - كلية الآداب - قسم علم النفس، من صفحة ٧٩ إلى صفحة ١٤٦.

(٦٧) **وائل أبو هندي (٢٠٠١)**: أولادنا والثقافة الجنسية، مجلة طبيبك الخاص، العدد ٣٩٤، أكتوبر، ص ٤٣ و٤٥، دار الهلال، القاهرة.

(٦٨) **وائل أبو هندي (٢٠٠٠)**: الوسواس القهري: مقال منشور بمجلة طبيبك الخاص: العدد ٣٨١ سبتمبر ٢٠٠٠، صفحة ٧٣ إلى صفحة ٧٥.

(٦٩) **وائل أبو هندي (٢٠٠٢)أ**: نحو طب نفسي إسلامي: سلسلة التنوير الإسلامي (٥٨) دار نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع.

(٧٠) **وائل أبو هندي (٢٠٠٢)ب**: الوسواس القهري بين الدين والطب النفسي، دار نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع، ص ٣ إلى ١٣.

(٧١) **وائل أبو هندي** (٢٠٠٢)ج: أسباب الأمراض النفسية، موقع إنترنت:
http://www.maganin.com.

(٧٢) **وجيه أسعد** (٢٠٠١): ترجمة المعجم الموسوعي في علم النفس، منشورات وزارة الثقافة السورية، دمشق.

(٧٣) **يحيى الرخاوي** (١٩٧٩)أ: دراسة في علم السيكوباثولوجي: شرح سر اللعبة، دار الغد للثقافة والنشر، القاهرة، ص ١٢٠ إلى ص ١٢٧.

(٧٤) **يحيى الرخاوي** (١٩٧٩)ب: دراسة في علم السيكوباثولوجي: شرح سر اللعبة، دار الغد للثقافة والنشر، باب اللوق، القاهرة، ص ٧٤.

(٧٥) **يحيى الرخاوي** (١٩٩٤): مراجعة الاستعمال الطويل المدى للعقاقير النفسية، في: العقاقير والعلاج التكاملي في الطب النفسي! في بلد نام، «زاوية من وجهة نظر مدرسة قصر العيني للطب النفسي». طبع وتوزيع شركة لندبك للأدوية.

(٧٦) **يحيى غزاوي** (١٩٨٨): ذم الموسوسين والمغرورين، «سلسلة عرفت فالزم»، بيروت؛ مؤسسة الريان للطباعة والنشر.

المراجع الأجنبية

1. **Abdel-Khalek, A. M. (1998):** The Development and Validation of the Arabic Obsessive Compulsive Scale. European Journal of Psychological Assessment. Volume 14, No. 2, 1998

2. **Abdul-Khalek, A. and Lester, D. (1999)a:** Obsession -Compulsion, in College Students in the United States and Kuwait. Psychological Reports, volume 85 (3 part1), page 799-800.

3. **Abdul-Khalek, A. and Lester, D. (1999)b:** Criterion Related Validity of the Arabic Obsessive Compulsive Scale in Kuwait and American Students. Psychological Reports, vol. 85 (3 part2), page 1111-1112.

4. **Abdul-Khalek, A. and Lester, D. (2000):** Obsession -Compulsion, Locus of Control, Depression and Hopelessness: A Constructive Validity of the Arabic Obsessive Compulsive Scale in American and Kuwaiti Students. Psychological Reports, volume 86 (3 part2), page 1187-1188.

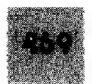
5. **Abed, R. T. & de Pauw (2000):** An evolutionary hypothesis for obsessive-compulsive disorder: a psychological immune system ? Behavioural Neurology, (in press) "Quoted from Abed, R. T. (2000)"

6. **Abed, R. T. (2000):** Psychiatry and Darwinism. Time to reconsider? British Journal of Psychiatry, 177, 1-3

7. **Abraham, A. (1921):** Contribution to the Theory of the Anal Character. In Selected Papers on Psychoanalysis (1948). London: Hogarth.

8. **Abramowitz, J. S. (1997):** Effectiveness of Psychological and Pharmacological treatments for Obsessive Compulsive Disorder: a quantitative review. J. Consult. Clinical Psychology, Vol. 65, page 44-52.

9. **Abrams, K.M. & Robinson,G.E.(1998)a:** Stalking Part I: An Overview of the Problem.Can J Psychi.43: 473-476.



10. **Abrams, K.M. & Robinson, G. E.(1998)b:** Stalking Part 2: Victims' Problems With the Legal System & Therapeutic Considerations. Can J Psychiatry 1998;43: 477-481.

11. **Abramson, L.Y., and Sackheim, H. A. (1977):** A Paradox of Depression: Uncontrollability and Self-Blame. Psychological Bulletin. Vol.84, Page: 838-851.

12. **Adams BL, Warneke LB, McEwan MB, Fraser BA.(1993):** Single photon computerized tomography in obsessive compulsive disorder: a preliminary study. J Psychiatr Neurosci 1993;18: 109-12.

13. **Akhtar, S. Wig, N. et al (1975):** A Phenomenological Analysis of symptoms of OCDs. British J. Psychi., 127: 342-348.

14. **Albert U; Venturello S; Maina G; Ravizza L; Bogetto F (2001):** Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes. Compr Psychiatry - 2001. Volume 42 (6) Page: 456-460.

15. **Alexander GE, Crutcher MD. (1990):** Functional architecture of basal ganglia circuits: neural substrates of parallel processing. Trends Neurosci 1990;13: 266-71.

16. **Alexander GE, Crutcher MD,DeLong MR.(1990):** Basal ganglia-thalamocortical circuits: parallel substrates for motor, oculomotor, "prefrontal" and "limbic" functions. Prog Brain Res 1990;85: 119-46.

17. **Alexander,G, DeLong,M., and Strick, K.P. (1986):** Parallel Organization of Functionally Segregated Circuits Linking Basal Ganglia and Cortex. Ann. Rev. Neuroscience,Volume, 9, Page: 357-381.

18. **Al-Khawaga, E. (1991):** The Role of Clomipramine in Obsessive Compulsive Disorder: A Clinical Biochemical and Psychometric Study. Unpublished Master thesis, Tanta University, Egypt. 1-151.

19. **Allen L. & Tejera C (1994):** Treatment of clozapine induced obsessive - compulsive symptoms with sertraline.Am J Psychi.151: 1096-7 .

20. **Alloy, L.B. & Robinson, M.S. (2000):** Negative Cognitive Style and Stress Reactive Rumination Interact to Predict Depression: Retrospective and Prospective Tests. Paper presented at the 34th annual meeting of the association for advancement of behavior therapy. New Orleans, L.A.

21. **Al-Sabaie, A. Abdul-Rahim, F. and Al-Hamad, A. (1992):** OCD. Annals of Saudi Medicine. 12: 558-561.

22. **Alzaid K. and Jones BD. (1997):** A case of risperidone induced obsessive- compulsive symptoms. J Clin Psychopharm. 17: 58-9.

23. **Amaya-Jackson L, March JS (1995):** Posttraumatic stress disorder. In: Anxiety Disorders in Children and Adolescents, March JS, ed. New York: Guilford, pp 276-300

24. **American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (1998):** Practice Parameters for the Assessment & Treatment of Children & Adolescents with OCD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37(10suppl)

25. **American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997):** Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36: 4S-20S

26. **APA "American Psychiatric Association" (1980):** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edn.3rd (DSM-III), Washington DC.

27. **APA "American Psychiatric Association" (1987):** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd revised Ed.)DSM-III-R), Washington DC: A PA.

28. **APA "American Psychiatric Association" (1994):** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edn.4th (DSM-IV), Washington DC: American Psychiatric Association.

29. **Amir N, Freshman M, Ramsey B, Neary E, Brigidi B (2001):** Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. Behav Res Ther 2001 Jul; 39(7): 765-76.

30. **Ammar, S. (1968):** Fifteen years of psychiatric work in Tunisia. Transcultural Psychi. Re. Vol. 5 page 152.

31. **Ananth, J. (1977):** Treatment of Obsessive Compulsive Neurosis With Clomipramine (anafranil). J. Int. Med. Res. Supp. 5, p. 38-41. :

32. **Andreasen NC, Arndt S, Swayze V, Cizaldo T, Flaum M, O'Leary D, et al. (1994):** Thalamic abnormaliries in schizophrenia visualized through MRI averaging. Science 1994; 266 :294-8.

33. **Andreasen NC, Ehrhardt JC, Swayze VW, Alliger R, Yuh WTC, Cohen G, et al. (1990):** Magnetic resonence imaging of the brain in schizophrenia: the pathophysiological significance of atructural abnormalities. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 35-44.

34. **Andreasen NC. (1997):** The role of the thalamus in schizophrenia. Can J Psychiatry 1997;42:27-33.

35. **Anthony, E.J. (1957):** An Experimental Approach to the Psychopathology of Childhood: Encopresis. Brit. J. Med. Psycho., 30, P: 146-175.

36. **Asarnow J, Glynn S, Pynoos RS et al. (1999):** When the earth stops shaking: earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38:1016-1023.

37. **Asberg, M. (1991):** Introduction: Obsessive Compulsive Disorder. In: Jenike, M. A., Asberg, M (Ed) Understanding Obsessive Compulsive Disorder (pp.11-16) Toronto: Hans Huber Publishers.

38. **Asberg, M.,Thoren, P. and Berttilsson, L. (1982):** Clomipramine Treatment of Obsessive Disorder- Biochemical and Clinical Aspects. Psychopharmacol. Bull. Volume 18, page: 13-21.

39. **Ashbrook, J. & Albright, C. (1997):** The Humanizing Brain: Where Religion & Neuroscience Meet. Cleveland, OH:The Pilgrim Press.

40. **Attiullah N., Eisen J. L., Rasmussen S.A. (2000):** Clinical Features of Obsessive-Compulsive Disorder. Psychiatric Clinics of North America. Volume 23, Number 3, September 2000

41. **Axhar, M.Z. Varma, S.L. &Dharap,A.S. (1994):** "religious psychotherapy in anxiety disorder patients" Acta Psychi. Scand.,V. 90, P 1-3.

42. **Aylward, E., Gordon, H., Barta, P., Machlin, S., Pearlson, G. (1996):** Normal caudate nucleus in OCD assessed by quantitative neuroimaging. Archives of General Psychiatry 53, 577-584.

43. **Baer, L. and Jenike, M. (1990):** Personality Disorders in OCD. In Jenike, M.A. ed. OC Disorders Theory and Management, 2nd edition, Chicago, Year Book of Medical Publishers.1990, page 78-88.

44. **Baer, L. (1994):** Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. J Clin Psychiatry Suppl 55: 18-23.

45. **Baer L, Rauch SL, Ballantine HT Jr, Martuza R, Cosgrove R, Cassem E, Giriunas I, Manzo PA, Dimino C, Jenike MA (1995):** Cingulotomy for Intractable Obsessive-Compulsive Disorder. Prospective Long-Term Follow-Up of 18 Patients. Archives of General Psychiatry 1995 May; Volume 52(5), Page: 384-92.

46. **Baer, L. Jenike, M. A. Ricciardi, J. N. et al. (1990):** Standard Assessment of Personality Disorders in Obsessive-Compulsive Disorder. Arch Gen psychiatry 1990;47: 826-830.

47. **Baer, L. Jenike, M., Black, D. Treece, C,. Rosenfeld, R. & Greist, J. (1992):** Effect of Axix II Diagnoses on Treatment Outcome With Clomipramine in 55 patients with OCD. Arch Gen psych;49: 862-866.

48. **Baker RW, Chengappa KNR, Baird JW, Steingard S, Christ MAG. and Schooler NR. (1992):** Emergence of obsessive compulsive symptoms during treatment with clozapine.J Clin Psychiatry 1992;53:439-42.

49. **Barsky AJ (1992):** Hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am 15: 791-801.

50. **Bartlik, B. (1999):** Recent Developments in the Evaluation & Treatment of Sexual Disorders in Women. Psychiatric Ann., Vol. 29 (1).

51. **Bauchsbaum MS, Haier RJ, Potkin SG, Neuchterlain K, Brach HS, Katz M, et al.(1992):** Frontostriatal disorder of cerebral metabolism in never-medicated schizophrenics. Arch Gen Psychiatry 1992;49: 935-42.

52. **Baxter LR, Phelps ME, Mazziotta SC, Guze BH, Schwartz JM, Selin CE (1987):** Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1987;44: 211-8.

53. **Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuka MP, Guze BH, Mazziotta JC, et al (1992):** Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for OCD. Arch Gen Psychi.;49: 681-9.

54. **Baxter LR. (1991):** PET studies of cerebral function in major depression and obsessive-compulsive disorder: the emerging prefrontal cotex consensus. Ann Clin Psychiatry 1991;3: 103-9.

55. **Baxter, L.R. (1995):** Neuroimaging studies of human anxiety disorders. In: Bloom F., Kupfer J.R., Psychopharmacology: The fourth generation of progress. Raven, New York, pp. 1287-1299.

56. **Bazzaoui, W. & Al-Issa, I. (1967):** Obsessive Compulsive Neurosis. Transcultural Psychiatric Resear. V. 4,P 73-77.

57. **Beck, A. T. (1976):** Cognitive Therapy & the Emotional Disorders. New York,Internat. University Press.

58. **Beck, Aaron T. and Freeman, Arthur M. and Associates (1990):** Cognitive Therapy of Personality Disorders.New York: Guilford Press. "Quoted from http://us.geocities.com/ptypes/obsessive-compd.html"

59. **Bejerot, S., Ekselius, L. von Knorring, L. (1998):** Comorbidity between Obsessive Compulsive Disorder and Personality Disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica 1998: Vol. 97, Page 398-402.

60. **Bejerot, S., Schelette, P., Ekselius, L. Adolfson, R., von Knorring, L. (1998):** Personality Disorders and Relationship to Personality Dimensions Measured by the Temperament and Character Inventory in patients with Obsessive Compulsive Disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, Volume 98, Page: 243-246.

61. **Bella, D.D, Cavallini, M.C. & Bellodi, L. (2002):** No Association Between OCD and the 5-HT1D_ Receptor Gene.Amer. J. Psychi.V.159, P: 1783-1784.

62. **Berrios, G.E., Bulbina, A., Bakshi, N., Dening, T.R. Jenaway, A., et al (1992):** Feelings of Guilt in Major Depression: Conceptual and Psychometric Aspects. British Journal of Psychiatry, Vol.160, Page: 781-787.

63. **Berthier ML, Kulisevsky J, Gironell A and Heras JA (1996):** Obsessive-compulsive disorder associated with brain lesions: clinical phenomenology, cognitive function, and anatomic correlates. Neurology Aug; 47(2): 353-361.

64. **Bickerton, D, (1996):** Language and human behavior, London: UCL Press,.

65. **Billod, E. (1856):** Des Diverses formes de lypemanie. Esai de classification et semiologie. Annals Medico-Psychologiques,2 page: 309-338, "Quoted from Berrios,et al 1992".

66. **Birken, D., Oldendorf, W.H. (1989):** NAA: a literature review of a compound prominent in 1H NMR spectroscopic studies of brain. Neuroscience and Biobehavioural Reviews13, Page: 23-31.

67. Black, A.(1974): The Natural History of Obsessional Neurosis. In: Beech, H.(Ed) Obsessional States, Methuen, London.

68. Black, D.W., Noyes, R. Pfohl, B. Goldstien, R. and Blum, N. (1993): Personality Disorders in Obsessive Compulsive volunteers, well comparison subjects & their 1ST degree relatives. Am. J. Psychi. V.150, P 1226-1232.

69. Black, D.W., Monahan, P., Gable J. et al. (1998): Hoarding And Treatment Response In 38 Nondepressed Subjects With Obsessive-Compulsive Disorder.Journal of Clinical Psychiatry, 59: 420-425.

70. Blackmun S. (1997): OCD: Past, Present and Future. Psychiatric Times .Volume XIV .Issue 11.

71. Bodkin, J. A. and White, K. (1989): Clonazepam in Treatment of Obsessive Compulsive Disorder associated with Panic Disorder in one patient. Journal of Clinical Psychiatry 1989; vol. 50 page 265-266.

72. Bouvard M, Robbe-Grillet P, Milliery M, Pham S, Amireche S, Fanget F, Guerin J, Cottraux J. (2001): Validation of a scale for responsibility (Salkovskis Responsibility Scale). Encephale . Vol. 27(3): 229-37.

73. Bradley, PB. (1989): Introduction to Neuropharmacology, page 351, 1989, Butterworth and Co.

74. Bradshaw, J.L., (1997): Human evolution: A neuropsychological perspective, Hove: Psychology Press.

75. Brandon, S. G. F.(1973): Sin and Salvation. In: Dictionary of the History of Ideas (ed. P.P. Wiener). Volume 4.pp. 224-234. New York Charles Scribner's Sons.

76. British Columbia Reproductive Mental Health Program (2002): OCDs. http://www.bcrmh.com/disorders/ocd.htm.

77. **Broocks A. Thiel A. Angerstein D. Dressler D.(1998):** Higher prevalence of OC symptoms in patients with blepharospasm than in patients with hemifacial spasm. Am J Psychiatry 1998; 155: 555-557.

78. **Buck, O. (2000):** Basic Structure and Function of the Brain. Paper presented at the PT 1722 God and Gray Matter course of the Bangor Theological Seminary, Bangor, ME.

79. **Buckley PF, Sajatovic M. and Meltzer HY (1994):** Treatment of delusional disorders with clozapine. Am J Psychiatry 151: 1394-5.

80. **Bumke O. (1944):** Lehrbuch der Giesteskrankheiten 3rd edition. Munchen Bergmann, 1944, page 59.

81. **Calabrese G, Colombo C, Bonfanti A, Scotti G, Scarone S (1993):** Caudate nucleus abnormalities in obsessive-compulsive disorder: measurements of MRI signal intensity. Psychiatry Res: Neuroimaging 50: 89-92

82. **CAPMAS (Central Agency for Public Moblization and Statistics) & UNICEF-Egypt (1992):** The Situation of Women in Egypt. Cairo, Egypt, UNICEF, Page: 29-31.

83. **Capstick, N. (1971):** Clomipramine in Obsessive States. Psychosomatics, Vol.12, p. 332-335.

84. **Capstick, N.(1975):** Clomipramine in the treatment of true obsessional state: a report on four patients.Psychosomatics. v.16 p. 21-25.

85. **Carey, G., Gottesman, I. I. and Rubins, E. (1980):** Prevalence Rates Among Neuroses, Pitfalls in the Evaluation of Familiarity. Psychol. Medicine Vol. 10, pp. 437-443.

86. **Cassady SL and Thaker GK. (1992):** Addition of fluoxetine to clozapine. Am J Psychiatry; 149: 1274.

87. **Castle DJ and Groves A (2000):** The internal and external boundaries of obsessive-compulsive disorder. Aust N Z J Psychiatry 2000 Apr; 34 (2): 249-255.

88. Chambless, D.L. & Steketee, G.(1999): Expressed emotion and behaviour therapy outcome: A prospective study with Obsessive Compulsive & Agoraphobic outpatients. J. of Consulting & Clinical Psychology, 67, 658- 665.

89. Chapman, A. H. Pilkey, L. and Gibbons, M. J. (1958): A Psychosomatic Study of Eight Children with Sydenhams Chorea. Pediatrics . vol. 21, page 582-595.

90. Charles P. (1925): Popular Superstitions. Republished by Gale Res. Comp., Book Tower, Detroit, 1973.

91. Chaslin, PH.(1912): Elements de semiologie et clinique mentales. Paris: Asselin & Houzeau."From Berrios,etal 1992".

92. Chaundler, C (1970): Every Man's Book of Superstitions. A.R. Mowbray & Co Ltd 1970, Published 1970 by Philosophical Library, Inc.

93. Christensen, D.D. and Greist, J.H. (2001): The Challenge of OCD Hoarding. Primary Psychiatry, V. 8, P: 79-86.

94. Clark, D.A. and Purdon, C.L. (1995): The Assessment of Unwanted Intrusive Thoughts: A Review and Critique of the Litrature. Behav Res Ther. Vol. 33, Page: 967-976.

95. Cooper, J. (1970): The Leyton Obsessional Inventory, Psychological Medicine, volume 1, Page: 48-64.

96. Cooper, J. and Kelleher, M. (1973): The Leyton Obsessional Inventory, A Principal Components Analysis on Normal Subjects. Psychological Medicine vol. 3 p. 204-208.

97. Cooper, J. E. Gelder, M. G. and Marks, I. M. (1965): Results of behavior therapy in 77 psychiatric patients. BMJ, V.1 P: 1222- 1225.

98. Cummings JL. (1993): Frontal-subcortical circuits and human behavior. Arch Neurol 1993; 50: 873-80.

99. D'Aquili, E. & Newberg, A.B. (1999): The Mystical Mind: Probing the Biology of Religious Experience. Minneapolis: Fortress Press.

100. **Dahlstorm, W. and Welsh, G. (1960):** An MMPI Handbook, p. 69,Minnesota University Press.

101. **Dannon PN, Sasson Y, Hirschmann S, Iancu I, Grunhaus LJ, Zohar J (2000):** Pindolol augmentation in treatment-resistant OCD: a double-blind placebo controlled trial. Eur Neuropsychopharmacol 10(3): 165-9

102. **Davis, C. G., Lehman, D. R., Wortman, C. B., Silver, R. C., & Thompson, S. C. (1995)**: The undoing of traumatic life events. Personality and Social Psychology Bulletin, 21, 109-24.

103. **De Haan, E, Hoogduin K.A.L., Buitelaar, J. K. etal. (1998):** behavior therapy versus clomipramine for the treatment of OCD in Children & Adolescents. Jour. Am. Acad. Child & Adoles. Psychi. V.37P. 1022-1029.

104. **De Veaugh-Geiss, J. Landau, P., and Katz, R. (1989):** Treatment of Obsessive Compulsive disorder with clomipramine. Psychiatric Annals, vol. 19, p. 97-101.

105. **Denis de Rougement (1963):** L'amour et L'Occident. Paris, Librarie, Plon. 1939, Union Generale D'editions.

106. **Di Lazzaro V, Restuccia D, Oliviero A, et al. (1988):** Magnetic transcranial stimulation at intensities below active motor threshold activates intracortical inhibitory circuits. Exp Brain Res 1998; 119: 265-268.

107. **do Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F., Mercadante, M. T., Shavitt, R. G., Prado, H. d. S., Sada, P., etal (2001):** Adults With Early-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. Am. J. Psychiatry : 158: 1899-1903.

108. **Dodt JE, Byerly MJ, Cuadros C. and Christensen RC (1997):** Treatment of risperidone-induced obsessive-compulsive symptoms with sertraline. Am J Psychiatry 1997; 154(4): 582.

109. Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee R, Silva P (1995): OCD in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34: 1424-1431.

110. Eales MJ, and Layeni AO. (1994): Exacerbation of obsessive-compulsive symptoms associated with clozapine. Br J Psychiatry 1994; 164:687-8.

111. Ebert D, Speck O, König A, Berger M, Hennig J, Hohagen F (1997): 1H magnetic resonance spectroscopy in OCD: Evidence for neuronal loss in the cingulate gyrus & the right striatum. Psychi. Res: Neuroimaging 74: 173-176.

112. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD, Rasmussen SA (1999): Patterns of remission and relapse in OCD: a 2-year prospective study. J Clin Psychiatry 60(5): 346-51.

113. Eisen JL, Phillips KA, Rasmussen SA (1997): Insight in body dysmorphic disorder versus OCD. Presented at the 150th Annual Meeting of the A PA. Toronto, 1997."Quoted from Attiullah et al (2000)".

114. Eisen JL, Phillips KA, Rasmussen SA, et al (1998): The Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS): Reliability and validity. Am J Psychiatry 155:102-108, 1998.

115. El-Rakhawy, M. Y. (1992): some variables related to the obsessional manifestations and symptoms in children attending psychiatric clinics. Unpublished master thesis, Cairo University Egypt.

116. El-Saadani, M., (1996): Epidemiological Phenomenological and Biochemical Study of OCD Patients in Alexandria. MD Thesis. Alexandria University Egypt, 1-286.

117. Emmelkamp, P. (1982): Phobic & OCD: Theory Research and Practice. p. 193, New York, Plenum.

118. Emmelkamp, P. M. G., and De Lang, I. (1983): Spouse Involvement in the Treatment of Obsessive Compulsive Patients. Behavioral Research and Therapy. Volume 21(4), page 341-346.

119. Erzegovesi S.(2002): Identifying Predictors of Drug Response in Patients With OCD. Psychi. Times V. XIX,Is. 5.

120. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P et al. (2001): Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychopharmacol 21(5):488-492.

121. Esquirol, E. (1838): Des Maladies Mentables. Paris. France. Baillier. "Quoted from: Asberg, M. (1991)"

122. Fallon BA, Javitch JA, Hollander E, et al (1991): Hypochondriasis and Obsessive Compulsive Disorder: Overlaps in diagnosis and treatment. J Clin Psychiatry 52:457-460.

123. Fallon BA, Liebowitz MR, Salman E, et al (1993): Fluoxetine for Hypochondriacal Patients Without Major Depression. J Clin Psychopharmacol 13: 438-441.

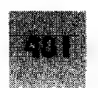
124. Fallon BA, Schneier FR, Marshall R, et al(1996): The pharmacotherapy of hypochondriasis. Psychopharmacol Bull 32:607-611.

125. Fava GA, Savron G, Rafanelli C, et al (1996): Prodromal symptoms in OCD. Psychopathology ;29(2):131-134.

126. Fear C, Sharp H and Healy D (2000): OCD with delusions.Psychopathology 2000 Mar-Apr; 33(2): 55-61.

127. Fenton, W. S., and McGlashen, T. H. (1986): Prognostic Significance of Obsessive Compulsive Symptoms in Schizophrenia. American Journal of Psychiatry,vol. 143 page: 437-441.

128. Fernandez-Cordoba,E. and Lobez-Ibor, A.J. (1967): la monochlorimipramina en enfermos psiquiatricos resistentes a otros tratamientos. Actas Luso Esp. Neurol. Psyquiatr. Vol. 26, p. 119-147.



140. Freud, S. (1966): Obsessional Neurosis. Int. Journal pf Psychoanalysis, vol. 47, page 116-122.

141. Freud, S.(1907): The Standard Edition V.IX.Obsessive Actions & Religious Practices.9:117-127, \Religion\ Obsession\ Obsessive Neurosis\ displacement\ 1906-1908\ Translated by James A Strachey. London: The Hogarth Press, 1959.

142. Freud S. (1925): Hemmung, Symptom und Angst. In Gesammelte Werke,Vol.14, Werke aus den Jahren1925-1931, A Freud etal (Eds), p.142. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1972.

143. Frost, R. & Steketee, G. (1998): Hoarding: Clinical aspects and treatment strategies. In M. Jenike, L. Baer, & J. Minnichelo, Obsessive Compulsive Disorder: Practical Management (3rd Ed.). Mosby Inc., St. Louis.

144. Frost, R. O.; Krause, M. S.; McMahon, M. J.; Peppe, J. (1993): Compulsivity and superstitiousness. Behavior Research and Therapy, 31, 423-425.

145. Frost, R., & Gross, R. (1993): The hoarding of possessions. Behaviour Research & Therapy, 31, 367-382.

146. Frost, R.O. & Hartl, T. (2002,in press): Obsessive Compulsive Hoarding. In R.G. Menzies & P. deSilva (Eds.) OCDs. John Wiley and Sons. " Quoted from:http://Sophia .smith. edu /~rfrost /reprint.html"

147. Frost, R.O. & Steketee, G. (2002, in press): Issues in the treatment of compulsive hoarding. Cognitive & Behavioral Practice. "Quoted from:http://sophia.smith.edu/~rfrost/reprint .html"

148. Frost, R.O., & Hartl, T.L.(1996): A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. Beh. Res. Ther.34,341-350.

149. Frost, R.O., Hartl, T.L., Christian, R., & Williams, R. (1995): The value of possessions in compulsive hoarding: Patterns of use and attachment. Behaviour and Research Therapy, 33, 897-902.

150. **Frost, R.O., Kim, H., Morris, C., Bloss, C., Murray-Close, M. & Steketee, G. (1998):** Hoarding, compulsive buying, and reasons for saving. Behaviour Research and Therapy, 36, 657-664.

151. **Frost, R.O., Krause, M.S., & Steketee, G. (1996):** Hoarding & obsessive-compulsive symptoms. Behavior Modification, 20, 116-132.

152. **Frost, R.O., Steketee, G., & Greene, K. (in press)b:** Cognitive and behavioral treatment of compulsive hoarding. In M.H.Freeston & S. Taylor (Eds.) Cognitive Approaches to Treating Obsessions and Compulsions: A Clinical Casebook. Erlbaum. "Quoted from: http://sophia.smith.edu/~rfrost/reprint.html"

153. **Frost, R.O., Steketee, G., & Williams, L. (2000):** Hoarding: A community health problem. Health and Social Care in the Community, 8, 229-234.

154. **Frost, R.O., Steketee, G., Williams, L., & Warren, R. (2000):** Mood, disability, and personality disorder symptoms in hoarding, OCD, and control subjects. Behavior Research and Therapy, 38, 1071-1082.

155. **Frost, R.O., Steketee, G., Youngreb, V.R., & Mallya, G.K. (1999):** The threat of the housing inspector: A case of hoarding. Harvard Review of Psychiatry, 6, 270-278.

156. **Frost,R.O., Steketee, G., &Williams, L. (2002,in press)a:** Compulsive buying, compulsive hoarding and obsessive-compulsive behavior. Beh. Therapy. "Quoted from:http://sophia.smith.edu/~rfrost /reprint.html"

157. **Fuller, R.W., (1990):** Serotonin receptors & neuroendocrine responses, Neruopsychopharmacology, 3, 495-502

158. **Fuxe, K., Hoekfelt, T., and Ungrestedt U. (1968):** Localization of Indolamines in the CNS, Adv. Pharmacology, Volume,6 page 235-251"Quoted from Okasha, A. (1994)".

159. **Garvey, M. A., Perlmutter, S. J., Allen, A. J. etal., (1999):** A Pilot Study of Penicillin Prophylaxis for Neuropsychiatric Exacerbations Triggered by Streptococcal Infections. Biol. Psychi. vol. 45, p: 1564-1571.

160. **Gelder, M.G., Gath, D. Mayou, R. (1989):** Oxford textbook of psychiatry. 2nd edition. pp.163-169, E.L.B.S. Oxford University press.

161. **Geller D, Biederman J, Agranat A et al. (2001a):** Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. J Nerv Ment Dis. Volume 189, Page:471-477.

162. **Geller D, Biederman J, Faraone SV et al. (2001b)**: Disentangling chronological age from age of onset in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Int J Neuropsychopharmacol 4:169-178.

163. **Geller D, Biederman J, Griffin S, Jones J, Lefkowitz TR (1996):** Comorbidity of juvenile OCD with disruptive behavior disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35:1637-1646

164. **Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, Coffey B (1998)**: Is juvenile OCD a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37: 420-427.

165. **Geller D, Biederman, J., Faraone, S.V., Cradock, K., Hagermoser, L., Zaman, N., Frazier J.A., Coffey, B.J. and Spencer, T.J. (2002):** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children & Adolescents With OCD: Fact or Artifact? J. of the Ame. Academy of Child & Adole. Psychi.Vol. 41 (1).

166. **Geller PA, Klier CM, Neugebauer R, J (2001):** Miscarriage & Obsessive Compulsive Disorder. Journal of Clinical Psychiatry 2001;62:432-438.

167. **Geschwind, N. (1979):** Behavioral Changes in Temporal Lobe Epilepsy. Psychol. Med, V 9, P 217-219.

177. **Groenewegen HJ, Berendse HW, Wolters JG, Lohman AH. (1990):** The anatomical relationship of the prefrontal cortex with the stiatopallidal system, the thalamus and the amygdala: evidence for a parallel organization. Prog Brain Res 1990;85:95-116.

178. **Grunes SM (1998):** Family Involvement in the Behavioral Treatment of OCD New York, Hofstra University.

179. **Gullick, E. L. and Blanchartd, E. B. (1973):** The Use of Psychotherapy and Behavioral Therapy in the Treatment of an Obsessional Disorder. An Experimental Case Study. J. Nervous & Mental Diseases, vol. 156, page 427-431.

180. **Haffner, R.J.(1988):** OCD: Questionnaire Survey of a Self Help Group Int. J.Social Psychiatry.V. 34, P: 310-315.

181. **Hahm, D.S., Kang, Y., Cheong S.S. et al. (2001):** A Compulsive Collecting Behavior Following An A-Com Aneurysmal Rupture. Neurology, 56:398-400.

182. **Hallward,A.&Ellison, J.M. (2001):** Physiology of Sexual Function, In:Antidepressants & Sexual Functions, Hallward, A. & Ellison, J.M. (Edi.) Harcourt Health Commun. Mosby, Intern. Lted.London.

183. **Hanna GL (1995):** Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34:19-27, 1995.

184. **Hanna GL (1995):** Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34: 19-27

185. **Hartl, T.L. & Frost, R.O. (1999):** An experimental case study of a cognitive-behavioral treatment of compulsive hoarding: A single case multiple baseline design. Behaviour Research & Therapy, 37, 451-462.

186. **Henderson, J. and Pollard, C. (1988):** Three Types of Obsessive Compulsive Disorder in a Community Sample. Journal of Clinical Psychology 44, 5,747-552.

187. **Hermish, H., Aizenberg, D., Muntiz, H. (1990):** Trazodone in Treatment of Clomipramine Resistant Obsessive Compulsive Disorder. Clinical Neuropharmacology. Vol. 13. page 322-328.

188. **Hodgson, R.J. and Rachman, S. (1977):** Obsessional Compulsive Complaints. Behavior Research & Therapy. V. 15, p. 389-395.

189. **Hollander D.E., DeCaria, C. M., Schneider, F. R. et al (1990):** Fenfluramine Augmentation of Serotonin Reuptake Blokade Antiobsessional Treatment. Journal of Clinical Psychiatry 1990; vol. 51 page 119-123.

190. **Hollander E, Greenwald S, Neville D, et al (1996):** Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. Journal of Depression and Anxiety 4: 111-119.

191. **Hood KE, Antony MM, Richter MA, et al (1998):** Impulsivity in OCD and other anxiety disorders. Presented at the 151st Annual Meeting of the APA.Toronto,1998 "Quoted from http://psychiatry.ru/library/publications/show _publication.php4?id=62&pn=1&sort ".

192. **Hood KE, Richter MA, Antony MM, et al (1999):** Components of impulsivity in OCD subtypes. Presented at the 152nd Annual Meeting of the APA. Washington, DC, 1999. "Quoted from http://psychiatry.ru/library/publications/show _publication.php4 ?id=62&pn".

193. **Horesh, N. Kimshi, N. and Kindler, S. (1993):** Personality Traits of OCD patients. Presented At The First International Conference For OCD, March 12-13,Capri, Italy. "Quoted from Okasha A. (2001)"

194. **Hornby, S.A., (1979):** Oxford Students Dictionary of Current English. 1st edition, Oxford University Press.

195. Husby, G., Van De Rijn, I.., Zabriskie, J. B. etal (1976): antibodies reacting with cytoplasm of subthalamic & caudate nuclei neurons in chorea & acute rheumatic fever. J. of exp. Med.V.144,P: 1094-1110.

196. Hyman, E. S., and Nestler, E. J.(1993): Introduction, In: Hyman. E. S., and Nestler, E. J(ed.), The Molecular Foundation of Psychiatry. American Psychiatric Press.

197. Hymas, N., Lees,A., Bolton, D., Epps K. and D. Head (1991): The neurology of obsessional slowness. Pages: 2203 - 2234, Part of the OUP Brain WWW service

198. Ingram I.M.(1961): obsessional illness in mental hospital patients. Jour. Ment. Sci.1961;107: 382-402.

199. Insel, R. T and Akiskal, H.S. (1986): Obsessive Compulsive Disorder with Psychotic Features: A Phenomenological Analysis. American Journal of Psychiatry, Volume 134(12) Page: 1527-1533.

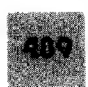
200. Jack Hitt (1994): Off the Road: A Modern-Day Walk Down the Pilgrim's Route Into Spain. 1994, published by Simon & Schuster, ISBN 0-671-75818-7.

201. Jahrreiss, W. (1926): Uber Zwangsvorstellungen im Verlauf der Schizophrenie. Archiv fur Psychiatrie,V.77, p.740-788.

202. James, I. A. and Blackburn, I. M. (1995): Cognitive Therapy with OCD. British J, of psychiatry, V. 166: 444-450.

203. Janet P. (1908): Les obsessions et la psychiathenie 2nd edition Paris Bailliere, 1908.

204. Janike, M. A., Baer, L., Minichiello, W. E., Schwartz, C. E. and Carey, R. J. (1986): concomitant OCD in Schizo-typal Personality Disorder. . American Journal of psychiatry vol. 143,page: 530-532.



205. Jenike, M. A. (1998): an overview of Obsessive Compulsive Disorder. In: Jenike, M. A., Baer,l., Minichiello, W. (Ed) OCD practical management. (pp. 3-11) St Louis. Mosby. 3rd edition.

206. Jenike, M. A.,Baer, L. and Greist, J. H. (1990): Clomipramine Versus Flouxetine in OCD: A Retrospective Comparison of Side Effects and Efficacy. Journal of Clinical Psychopharmacology. Vol. 10, p. 122-124.

207. Jenike, M. A. & Rausch, S. L. (1994)a: Management of Treatment Resistant OCD: Concepts & Strategies In: Hollander E, Zohar,J. etal (eds). Current Insights in OCD. Chichester, UK. John Wiley & Sons, P: 227-244.

208. Jenike, M. A. and Rausch, S. L. (1994)b: Managing The Patient With Treatment Resistant Obsessive Compulsive Disorder: Current Strategies. Journal of Clinical Psychiatry 1994;55 (suppl) page 11-17.

209. Jenike, M., Breiter, H., Baer, L., Kennedy, D., Savage, C., Olivares, M., Sullivan, R., Shera, D., Rauch, S., Keuthen, N., Rosen, B., Caviness. V., Filipek, P. (1996): Cerebral structural abnormalities in OCD: A quantitative morphometric magnetic resonance study. Arch Gen Psychiatry 53, 625-632.

210. Jenike, M; Baer, L.; and Minichiello, W. (1998): Obsessive-Compulsive Disorder: Practical Management. 3rd Ed., Mosby-Yearbook.

211. Jensen, A. B.(1990): Religiosity of psychotherapists: a national survey. Psychotherapy 1990; 27:3-7.

212. Joffe, R., Swinson, R. Regan, J (1988): Personality features of OCD. Am. J. Psychi.V.145,P: 1127-1129.

213. Johnston, HF and Fruehling, JJ. (1997): Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Guide. Dean Foundation.

214. Jones, E.(1918): Anal Erotic Character Traits. In Papers on Psychoanalysis (1938). London: Bailliere, Tindal and Cox.

215. **Jones,M.K. and Menzies, R.G. (1998):** the relevance of associative learning pathways in the development of obsessive compulsive washing. Behavior Research and Therapy. 36, 273-283.

216. **Joseph R (1999):** Frontal lobe psychopathology: mania, depression, confabulation, catatonia, perseveration, obsessive compulsions, and schizophrenia. Psychiatry - 1999 Summer; 62(2): 138-72

217. **Kamphuis,J.H., and Emmelkamp, P.M.G. (2000):** Stalking: A Contemporary Challenge for Forensic and Clinincal Psychiatry. British Journal of Psychiatry, Volume 176: page 206-209.

218. **Kaplan H.I.; Sadock B.J. and Grebb J.A. (1995):** Obsessive Compulsive Disorder, In: Synopsis of psychiatry 7th ed. Williams and Wilkins. Baltimore, Maryland, Middle East edition. MASS, P 604.

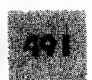
219. **Kaplan HI. & Sadock BJ, eds (1998):** Obsessive-compulsive disorder. In: Synopsis of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998: 609-17

220. **Karno, M. Golding, J.M. Sorenson, S. B. and Burnam, M. A. (1988):** The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five communities. Archives of General Psychiatry, vol. 45, p. 1094-1099.

221. **Kasimatis, M., & Wells, G. L. (1995):** Individual differences in counterfactual thinking. In N. J. Roese & J. M. Olson (Eds.), What might have been: The social psychology of counterfactual thinking (pp. 80-102). Mahwah, NJ: Erlbaum.

222. **Kellner CH, Jolley RR, Holgate RC, Austin L, Lydiard RB, Laraia M, Ballenger JC (1991):** Brain MRI in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res 36: 45-49

223. **Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA(1999):** Clarifying the relationship between religiosity & psychiatric illness: the impact of covariates & the specificity of buffering effects. Twin Res. ;2(2): 137-44.



224. Khanna, S. (1999): OCD: Approach to Treatment Resistant Patients. Psychiatry Update. Vol. 1, page 78-83.

225. Khanna, S. ,Rajendra, P.N. and Channabasavanna,S.M. (1988): Social Adjustment In Obsessive Compulsive Disorder. Int. J.Social Psychiatry.Vol. 34, page: 118-122.

226. Khanna, S. & Channabasavanna, S.M. (1988): Phenomenology of obsessions in Obsessive Compulsive neurosis. Psychopathology, 21: 12-18.

227. Khouzam HR, and McCarthy PJ. (1997): Diagnosing and treating obsessive-compulsive disorder. Federal Practitioner 1997;14(3): 12-25, 72.

228. Kienlen KK, Birmingham DL, Solberg KB, O'Regan JT, Meloy JR.(1999): A comparative study of psychotic and non-psychotic stalking. J Am Acad Psychiatry Law 1999; 25: 317-334.

229. Klass, E.T. (1987): Situational Approach to Assessment of Guilt: Development and Validation of a Self-Report Measure. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. Volume 9, Page: 35-48.

230. Knox LS, Albano A, Barlow DH (1996): Parental involvement in the treatment of childhood compulsive disorder: A multiple-baseline examination incorporating parents. Behav Ther 27:93-114.

231. Kolak D. and Martin, R. (1991): Self and Identity, Daniel K. and Raymond M., eds., New York: Macmillan.

232. Kolak D., (1993): "Finding Our Selves: Identification, Identity & Multiple Personality,"Philosoph. Psycho.6 363-386.

233. Kolak, D. (1995): In Search of God: the Language and Logic of Belief (Wadsworth 1994). See, also, Daniel Kolak, "Mysticism and the Experience of God," in The Experience of Philosophy, Kolak & Martin, eds., Wadsworth 1995, pp. 244-256 Daniel Kolak, "The Glue of Belief," ibid, pp. 238-240.

234. **König,A., Thiel, B., Ebert, D., Overmeier, S., Henke, M., Berger, M., Hennig, J., Hohagen,F (1998):** H Magnetic Resonance Spectroscopy of the Right Striatum in OCD: the Role of the Basal Ganglia Germ. J Psychi.1(2) P: 53-61.

235. **Kopala L and Honer WG (1994):** Risperidone, serotonergic mechanisms, and obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. Am J Psychiatry 1994;151: 1714-5.

236. **Koran LM, Ringold AL, Elliott MA (2000):** Olanzapine augmentation for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 61(7): 514-517.

237. **Kozak,M. J. and Foa E.B. (1994):** Obsessions, Overvalued Ideas, and Delusions in Obsessive-Compulsive Disorder. Behavior Res. & Therapy, 32 No. 3 (1994): 343-353.

238. **Kringlen E. (1965):** Obsessional neurotics: A long term follow up. British jour. psychiatry, vol. 11: 709-722.

239. **Kusunoki, K., Sato, T., Taga, C. Yoshida,T., Komori,K. Narita, T. et al (2000):** Low Novelty Seeking Differentiates OCD from Major Depression.Acta Psychiatrica Scandinavica, Volume 101, Page: 403-405.

240. **Laughlin, H. P. (1967):** The Obsessive Compulsive reactions, In: the neuroses (pp 307-375). Washington: Butterworths.

241. **Leckman J, Grice D, Boardman J, et al (1997):** Symptoms of OCD. Am J Psychiatry 154: 911-917.

242. **Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, et al (1994):** "Just right" perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. Am J Psychiatry 151:675-680,

243. **Leckman JF; Mayes LC (1999):** Preoccupations and behaviors associated with romantic and parental love. Perspectives on the origin of ocd. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am ;Vol. 8(3): 635-665.

244. Leckman,J.F. Mayes,L.C. Feldman,R. Evans,D.W. A.O. (1999): Early parental preoccupations and behaviors and their possible relationship to the symptoms of OCD. Acta Psychiatrica Scandinavica, n.sup.396, p.1-26,

245. Leitman, S. F., Werden, R. ,Garvey, M. etal. (1999): Randomized Trial of Plasma Exchange Versus Immune Globulin in Childhood Onset OCD.Transfusion 39:S 112.

246. Lelliot, P.T., Noshirvani, H.F., Basoglu, M. Marks, T.M. and Montelro, W.O. (1988): obsessive-compulsive beliefes and treatment outcome. Psychol. Medi.,Volume 18,Page: 697-702.

247. Leonard HL, Swedo SE, Garvey, M. A (1999): Postinfectious and other forms of Obsessive Compulsive Disorder. Child & Adol. Psychi. Clin North Am. Vol. 8 . p. 497-511.

248. Leonard HL, Swedo SE, Lenane M, et al (1993): A2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive compulsive disorder children and adolescents. Arch Gen Psychiatry 50: 429-439, 1993

249. Leonard, H. L.; Goldberger, E. L.; Rapoport, J. L.; Cheslow, D. L. (1990): Childhood rituals: Normal development or obsessive-compulsive symptoms. J. Am Acad. of Child & Adolescent Psychi., 29, 17-23.

250. Levkovich Y, Kronnenberg Y.& Gaoni B.(1995): Can clozapine trigger OCD. J Am Acad Child Adol. Psychi. 34: 263.

251. Lewis, A. J. (1936): Problems of Obsessional Illness. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 29, 325-336."Quoted from Asberg, M. (1991)"

252. Lewis, C. A., and Joseph, S. (1994): Religiosity: Psychoticism and Obsessionality in Northen Irish University Students. Personality and Individual Differences. Vol. 17, page 685-687.

253. Lewis, C.A. (1994): Religiosity and Obsessionality: The Relationship between Freud's " Religious Practices" . Journal of Psychology. Vol. 128 (2) page: 189-196.

254. Lewis, C.A. (1999): Is the relationship between religiosity and personality 'contaminated' by social desirability as assessed by the Lie Scale?: A methodological reply to Michael W. Eysenck . (1998) Mental Health, Religion and Culture, 2, 105-114.

255. Lipinski, J.F. & Pope, H.G,(1994): Do "flashbacks" represent obsessional imagery? Compreh. Psychi.35, 245-247.

256. Luxenberg, J.S., Swedo, S., Flament, M.F., Friedland, R., Rapoport, J., Rapoport, S.I. (1988): Neuroanatomical abnormalities in OCD detected with quantitative x-ray computed tomography. Am J Psychiatry 145, 1089-1093.

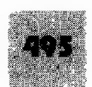
257. Lydiard, R., Laraia,M. T., Fossey, M., and Ballenger, J. C. (1988): possible relationship of bowel obsession to panic disorder with agoraphopia. Am. Jour. of Psychiatry, 145(10) page 1324-1325.

258. Mahgoub, O. M., and Abdul-Hafez, H. B. (1991): Pattern of Obsessive Compulsive Disorder in Eastern Saudi Arabia . British Journal of Psychiatry. Vol. 158, page 840-842.

259. Maier, M. (1995): In vivo magnetic resonance spectroscopy. Br J Psychi.167, 299-306.

260. Marazziti D, Akiskal HS, Rossi A, and Cassano GB (1999): Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love. Psychol Med 1999 May;29(3):741-745.

261. March, J. S., and Mulle, K. (1998): Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Cognitive Behavioral Treatment Manual. New York, Guilford, 1998.



262. **March, JS., Frances A, Carpenter, D., Kahn DA (1997):** The Expert Consensus Guideline Series: treatment of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychi. 58:5-72

263. **March, J and Mulle, K.(1988):** OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual. New York: Guilford Press, 1998.

264. **Marks, I.M., Hodgson, R. and Rachman, S. (1975):** Treatment of Chronic Obsessional Neurosis by in Vivo Exposure, a 2 year follow up and issues in treatment. British journal of psychiatry, vol. 127: 349-362.

265. **Marks,I.M., Stern, R.S., Mawson, D., Cobb, J.& McDonald,R. (1980)**: Clomipramine and exposure for obsessive compulsive rituals. British Journal of Psychiatry. 136: 1-25.

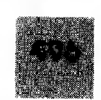
266. **Martinot JL, Allilaire JF, Mazoyer BM, Hantouche E, Huret JD, Legault-Demare F, et al. (1990):** OCD: a clinical, neuropsychological and PET study. Acta Psychiatr Scand 1990;82:233-42.

267. **Matsuanga, H. Kiriiki, N. Miyata, A., Iwaska, Y. Matsui, T. Nagata, T. Takie . Y. and Yamagami, S. (1998):** Personality Disorders in patients with OCD in Japan. Acta Psychi. Scan. Vol. 98, P. 128-134.

268. **Mavissakalian, M., Hamman, M.S. and Jones, B. (1993)a:** DSM III Personality Disorders in OCD. Presented at The 1st Internat. Conf. For OCD, March12-13,Capri, Italy."Quoted from Okasha A. (2001)".

269. **Mavissakalian, M. Hamman, M., Abou Haidar, S. and De Groot, C. (1993)b**: Personality Disorders in Generalized Anxiety, Panic/Agoraphobia & OCD. Compr. Psychiatry 1993: Vol. 34, page 243-248.

270. **Mavissakalian, M. Hamman, M., Jones, B. (1990)a:** Correlates of DSM III personality disorder in Obsessive-Compulsive Disorder. Comprehensive Psychiatry 1990, Vol. 31, page 481-489.



271. **Mavissakalian, M. Hamman, M., Jones, B. (1990)b:** DSM III personality disorders in Obsessive-Compulsive Disorder, changes with treatment. Comprehensive Psychiatry 1990, Vol. 31, page 432-437.

272. **Mayer-Gross, W., Slater, E.& Roth, M . (1960):** clinical psychiatry, p. 158. Cassel and Company, London.

273. **McDougle, C.J. Goodman, W. K. Price, L. H. et al (1990):** Neuroleptic Addition in Flufoxamine Refractory Obsessive Compulsive Disorder. American Journal of Psychiatry, vol. 147, page 652-654.

274. **McDougle CJ, Epperson CN, Pelton GH et al. (2000):** A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in SRI-refractory OCD. Arch Gen Psychiatry 57(8): 794-801.

275. **McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF et al. (1994):** Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory OCD. A double-blind, placebo-controlled study in patients with and without tics. Arch Gen Psychiatry 51(4):302-308.

276. **McGuire, M. & Troisi, A. (1998):** Darwinian Psychiatry. New York: Oxford University Press.

277. **Meloy, J. R. (1996):** Stalking (obsessional following): A review of some preliminary studies. Aggression & Violent Behaviour.1,147-162.

278. **Meloy, J. R. (1997):** The clinical risk management of stalking: "someone is watching over me...". Ame. J. Psychotherapy, 51, 174-184.

279. **Meloy, J.R.(2000):** A replication study of obsessional followers & offenders with mental disorders. J Forensic Sci.V.45(1), P: 147-152.

280. **Meloy, J. R.(1998):** The Psychology of Stalking: Clinical &Forensic Perspectives.San Diego,CA: Acad. Press.

281. **Melroy JR, Gothard S. (1995):** Demographic and clinical comparison of obsessional followers and offenders with mental disorders. Am J Psychiatry 1995;152: 258-63.

282. Meyer V. (1966): Modification of Expectations in cases with Obsessional Rituals. Beh. res. & ther. V. 4, page 273-280.

283. Miguel EC, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Hounie AG, Mercadante MT (2001): The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications. Adv Neurol 85: 43-55.

284. Miguel, EC, Baer, L., Coffey, BJ., Rauch, SL., Savage, CR, O'Sullivan, RL, Phillips, K., Moretti, C., Leckman, JF. and Jenike MA (1997): Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in OCD and Gilles de la Tourette's syndrome. British Journal of Psychiatry 170: 140-145.

285. Millet, B.,Leclaire, M.,Bourdel, M.C., Loo, H, Tezcan, E and Kuloglu, M. (2000): Comparison of Sociodemographic, Clinical and Phenomenological Characteristics of Turkish and French Patients Suffering From OCD. Canadian J. Psychiatry -" Let. to the editor".

286. Montgomery, S.A.(1980): Clomipramine in Obsessional Neurosis: A Placebo Controlled Trial. Pharm. Med. 1, 189-192.

287. Montgomery, S. A., Montgomery, D. B. and Fineberg, N. (1990): early response with clomipramine in OCD - a placebo controlled study. Progress In Neuropsychopharm. & Biol.Psychiatry. Vol. 14, p. 719-727.

288. Morselli E (1886): Sulla dismorfofobia e sulla. Boll Accad Med. (Genova) 1886 ;Vol. 6, page:110-119

289. Moussaoui, D. (1990): Etat Actuel des Connaissances dans les troubles Obsessifs Compulsives. Actualites Therapeutiques, Societe Marocaine Des Sciences Medicales, Rabat, Casablanca: p. 373-378.

290. Mozes T, Toren P, Chemauzan N, Mester R, Yoran-Hegesh R, Blumensohn R, et al (1994): Clozapine treatment in very early onset schizophrenia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Vol.33:65-70.

291. **Mrkovitz, P. J., Stango, S. J. and Calabrese,J. R. (1990):** Buspirone Augmentation of Flouxetine in Obsessive Compulsive Disorder. American Journal of Psychiatry, vol. 147, page 798-800.

292. **Nakagawa, A., Marks, IM.Takei, N., De Araujo, LA and Ito LM (1996):** Comparisons among the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, compulsion checklist, & other measures of OCD. Brit.J.Psychi.169:108-112.

293. **Nemiah J.C. (1983):** Obsessive Compulsive Disorder. In Kaplan, Freedman & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry III 3rd. edition vol.2.p. 1504-1517. Williams & Wilkins Baltimore/ London 1983.

294. **Nestadt G, Samuels J, Riddle M et al. (2000):** A family study of OCD. Arch Gen Psychiatry 57:358-363

295. **Netter, F.H. (1989):** Morphology of Synapses. In: The Ciba Collection of Medical Illustrations, Physiology and Functional Neuroanatomy. Ciba Geigy Limited, Basle, Switzerland.

296. **Neziroglu, F., Anemone, R.M. & Yaryura-Tobias, A.J. (1992):** Onset of Obsessive Compulsive Disorder in Pregnancy. Am. J. of Psychi., vol. 149 (7), page 947-950.

297. **Neziroglu, F., Hsia, C. and Yaryura-Tobias,J.A. (2000):** Behavioral, Cognitive, and Family Therapy for Obsessive-Compulsive and Related Disorders. Psychiatric Clinics of North America. Vol. 23 (3), Sep. 2000.

298. **Nolen-Hoeksema, S. (1991):** Responses to Depression and Their Effects on the duration of depressive episodes. Journal of Abnormal Psychology,Volume 100,Page: 569-582.

299. **Okasha, A. (1969):** Outcome and Presentation of Obsessional Illness in Egypt. Ain Shams Med. Journal.

300. **Okasha, A (1994):** Serotonin in Psychiatric & Behavioral Disorders: The Role of SSRI. Current Psychiatry 1(1)P:1-6.

301. Okasha, A., Kamel, M., and Hassan, A. H. (1968): Preliminary Psychiatric Observations in Egypt. British Journal of Psychiatry. Vol. 114, page 949-955.

302. Okasha, A. and Raafat, M. (1990): Neurophysiological Substrate of Obsessive Compulsive Disorder: an evidence from topographic EEG. Egyptian Journal of Psychiatry, vol. 13, page 97-106.

303. Okasha, A. and Raafat, M. (1991): The Biology of Obsessive Compulsive Disorder: an evidence from topographic EEG. Arab Journal of Psychiatry, vol. 2, page 106-117.

304. Okasha A. (2001): OCD: A Transcultural Approach from an Egyptian Islamic Perspective, In:Okasha A. and Maj, M. (Editors) Images in Psychiatry An Arab Perspective. WPA, Scientific Book House,Cairo.

305. Okasha A. ; Raafat M.; Seif El-Dawla A; & Effat S. (1991): Obsessive Compulsive Disorder in Different Cultures "An Egyptian Perspective" Egyptian Journal of Psychiatry 1991 14: 15-30.

306. Okasha A. ; Saad, A..; Khalil, A. H., Seif El-Dawla A; & Yehia, N. (1994): Phenomenology of OCD: A Transcultural Study. Comprehensive Psychiatry (1994), Volume 35 (3), page: 191-197.

307. Okasha, A., Omar, A. M., Lotaief, F. Ghanem, M., Seif el Dawla, A. & Okasha,T (1996): Comorbidity of axis I & axis II diagnoses in a sample of Egyptian patients with neurotic disorders. Comprehensive Psychi. V.37,P97-106.

308. Olatawura, M. (1973): Encopresis: A Review of Thirty Two Cases. Acta Psychi. Scandinavica .V. 62,P 358-364.

309. Oldham, J M., and Lois B. M. (1995): The New Personality Self-Portrait: Why You Think, Work, Love, and Act the Way You Do. Rev. ed. New York: Bantam, 1995.

310. Oransa, A. T. (1992): Brain Mapping in OCD master thesis, Banha Faculty of Medicine, Zagazig University. 1-110.

311. Parent A. (1990): Extrinsic connections of the basal ganglia. Trends Neurosci 1990;13:254-8.

312. Parhad, L. (1957): Practice of Psychiatry in Kuwait. Transcultural Psychi. Res. 3,5.

313. Parker, G., Tupling, H., and Brown, L. (1979): A Parental Bonding Instrument. British Journal of Med. Psychology. V. 52, P: 1-10.

314. Patel B, and Tandon R.(1993): Development of obsessive-compulsive symptoms during clozapine treatment. Am J Psychi.; 150:836.

315. Patil VJ. (1992): Development of transient obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine. Am J Psychi. 149-272.

366. Pato, M., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J. and Murphy, D. L. (1988): Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with OCD. Am. Journal of Psychiatry, vol. 145, p. 1521-1525.

317. Pauls DL, Alsobrook JP II, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF (1995): A family study of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 152:76-84 .

318. Pauls DL, Towbin KE, Leckan JF, Zahner GEP, Cohen DJ (1986): Gilles de la Tourette's syndroe and OCD: evidence supporting a genetic relationship. Arch Gen psychiatry 1986;43:1180-1182.

319. Perez C. Stalking (1993): when does obsession become a crime? Am J.of Criminal Law 1993;20:263-80

320. Perez V, Soler J, Puigdemont D, Alvarez E, Artigas F (1999): A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of pindolol augmentation in depressive patients resistant to SRIs. Arch Gen Psychi.;56(4):375-379.

321. Perlmutter, S. J. Leitman, S. F., Garvey, M. A. et al. (1999): plasma exchange and intravenous immunoglobulin for OCD and tic disorders in childhood. Lancet vol. 354, page: 1153-1158.

322. Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, et al (1998)a: Episodic course in obsessive compulsive disorder. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 248:240-244, 1998.

323. Perugi G, Akiskal HS, Lattanzi L, et al (1998)b: The high prevalence of soft bipolar (II) features in atypical depression. Compr Psychiatry 39:1-9, 1998.

324. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, et al (1997): The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. J Affect Disord 46:15-23, 1997

325. Perugi G, Toni, C. and Akiskal HS (1999): Anxious-Bipolar Comorbidity.Diagnostic and Treatment Challenges. Psychiatric Clinics of North AmericaVolume 22 _ Number 3 _ September 1999.

326. Peterson BS, Pine, D. S., Cohen, P. and Brook,J.S., (2001): Prospective, Longitudinal Study of Tic, Obsessive-Compulsive, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders in an Epidemiological Sample. J. of the Ame. Academy of Child and Adoles. Psychi..V. 40 (6).

327. Peterson, B.S., Skudlarski, P., Anderson, A.W., Zhang, H., Gatenbly, J.C., Lacadie, C.M., Leckman, J.F. & Gore, J.C. (1999): A functional magnetic resonance imaging study of tic suppression in Tourette syndrome. Arch. G Psychi., 55, 326-333.

328. Pigott, T. A., Pato, M. T. Bernstien, S. E., et al (1990): Controlled Comparisons of Clomipramine & Flouxetine in the Treatment of OCD, Behavioral and Biological Results. Archives of Gen. Psychi. Vol. 47, page 926-932.

329. Pinel, P (1962): A treatise on insanity. Hafner Press, New York.

330. Pious W. (1950): obsessive compulsive symptoms in an incipient schizophrenic, Psychoanalysis Q19: 327-339.

331. Pitman RK, Green RC, Jenike MA, Mesula MM (1987): Clinical comparison of Tourette's disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. Am J Psychiatry 1987; 144: 1166-1171 .

332. Pleeter, J., Lenane, M. C., Leonard HL (1996): Long Term Outcome of Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder, in: do they grow out of it? Long term outcome of childhood disorders. Edited by Hechtman L.Washington DC. American Psychiatric Press.1996 pp. 481-490.

333. Posner, G.P. (August 23, 1998): Has science proven the 'divine' health benefits of religion? USA Today. Retrieved from the WWW: http://www.infidels.org/secular_web/feature/1998/prayer-USA Today.html

334. Prichep, L. S., Mas, F., Hollander, E., Liebowitz, M., John, E. R., Almas, M., DeCaria, C. M. and Levine, R. H., (1993): Quantitative EEG (QEEG) subtyping of OCD. Psychiatric Res., 50(1): 25-32.

335. Pruyser, P. W.(1971): A Psychological View of Religion in the 1970s. Bull. Menninger Clin.,35(2): 77-97, 1971.

336. Pujol R. & Savy A. (1968): Le devenir de l'obsede. Marseille: Masson & Cie Editeurs.

337. Rachman S. J. (1974): Primary Obsessional Slowness. Behavioral Res. & Therapy, 11: 463-471.

338. Rachman, S. (1993): Obsessions, responsibility, and guilt. Behaviour Research and Therapy, 31, 149-154

339. Rachman, S.J.& Hodgson R.J.(1980): Obsessions And Compulsions. Printice-Hall, Inc ; Englewood cliffs, New Jersy. p. 22-23.

340. Rakhawy, Y.T. (1980): Revision of the Rationale of long term Drug Treatment in Psychiatry. Egyptian J. Psychiatry, V. 3, P.: 8-12.

341. Rapoport, J. L.(1988): The boy who couldn't stop washing. New York, E.P. Dutton.

342. Rapoport, J. L.(Ed.) (1989): OCD in children and adolescents. Am. Psychiatric Press,Washington D.C.

343. Rasmussen, S. A. (1984): Lithium and Tryptophan Augmentation Clomipramine Resistant Obsessive Compulsive Disorder. American Journal of Psychiatry, volume 141, page: 1283-1285.

344. Rasmussen, S.A.,and Eisen, J. (1993): Heterogeneity and Comorbidity in OCD: Relationship to Core Psychopathology. Presented At The First International Conference For OCD, March 12-13,Capri, Italy. " Quoted from Okasha A. (2001)"

345. Rasmussen S, Eisen J (1994): The epidemiology and clinical features of OCD. Psychiatric Clinics North Am. 15:743-758,

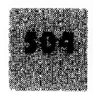
346. Rasmussen S.A & Eisen J.L (1991): Epidemiology, clinical features and genetics of obsessive compulsive disorder. in understanding obsessive compulsive disorder Jenike M.& Asberg M. (editors) Hogrefe & Huber.

347. Rasmussen S.A.; & Tsuang, M.T. (1986): clinical characteristics and family history in DSM III obsessive compulsive disorder. American Journal of psychiatry vol. 143,page: 317-322.

348. Rasmussen S.A.; and Tsuang, M.T. (1984): The Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder. J. Clinic. Psychi., V. 45: 450-457.

349. Rasmussen SA, & Eisen JL. (1989): Clinical features & phenomenlogy of OCD. Psychiatric Ann 19 (2):67-73

350. Rauch SL, Jenike MA, Alpert NM, Baer L, Breiter HCR, Savage CR, Fischman AJ. (1994): Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in OCD using oxygen 15-labeled carbon dioxide & positron emission tomography.Arch Gen Psy.51:62-70.



351. Ravizza, L., Barzega, G., Bellino, F., Bogetto, F. and Maina G. (1995): Predictors of Drug Response in Obsessive Compulsive Disorder. J. of Clinical Psychiatry, 1995, vol. 56: page 368-373.

352. Ravizza L, Barzega G, Bellino S et al. (1996): Therapeutic effect and safety of adjunctive risperidone in refractory obsessive-compulsive disorder. Psychopharmacol Bull 32(4): 677-682.

353. Remington G. and Adams M. (1994): Risperidone and obsessive-compulsive symptoms. J Clin Psychopharmacol 1994;14:358-9.

354. Ricciardi, J.N., Baer L., Jenike, M.A., Fischer, S. C., Sholtz, D. et al (1992): Changes in DSM III R axis-II diagnoses following treatment of obsessive compulsive disorder. American Journal of Psychiatry. 1992, vol. 149: 829-831.

355. Richards H. Jay, (1993): Therapy of the Substance Abuse Syndromes. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc.

356. Riddle, M. A.,Walkup, J. Claghorn, J. et al. (1996): Flovuxamine for OCD in Children and Adolescents: a controlled trial. Poster presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia, PA . October 1996.

357. Riddle M, Scahill L, King R et al. (1990): Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Volume 29, Page: 766-772.

358. Robertson, M.M.(2000): Tourette syndrome, associated conditions & the complexities of treatment. Brain123:425-462.

359. Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M. Orschavel, H. Gruenberg, E., Burke, J. D. and Regier, D.A. (1984): Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorder In Three Sites. Archives of General Psychiatry, volume 41 pp. 949-958.

360. Robinson H., Winnik A., Weiss A. (1976): "Obsessive Psychosis" Justification for a separate clinical entity. Israel Annals of Psychiatry and related disciplines 14: 39-48,1976.

361. Robinson, D., Wu, H., Munne, R., Ashtari, M., Alvir, J., Lerner, G., Koreen, A., Cole, K., Bogerts, B. (1995): Reduced caudate nucleus volume in OCD. Arch Gen Psychiatry 52, 393-398.

362. Rosen, I. (1957): The clinical significance of obsessions in schizophrenia. J. of Mental Scie.,v.103, p.778-785.

363. Rudin, E. (1953): Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, Insbesondere, Ihrer Heredetaren Beziehungen. Arch. Psychiatr. Nervenkr. Vol. 191; pp. 14-54.

364. Salkovskis, P.M.(1985): Obsessional Compulsive Problems, A Cognitive Behavioral Analysis. Behav. Res.& Ther. V.23, P. 571-583.

365. Salkovskis,P.M. (1999): uderstanding and treating obsessive compulsive disorder. Behav. Res.& Ther (July Sup.) S29-S52

366. Salkovskis P; Shafran R; Rachman S; Freeston MH (1999): Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. Behav Res Ther (11): 1055-72.

367. Salkovskis PM; Wroe AL; Gledhill A; Morrison N; Forrester E; Richards C; Reynolds M; Thorpe S. (2000): Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of ocd. Behav Res Ther – Vol. 38 (4): 347-72.

368. Salkovskis, P. M. (1985): Obsessional-compulsive Problems: A cognitive-behavioural analysis. Behav. Res.& Ther., 23 (5), 571-583.

369. Salzman, L. (1968): Obsessional Personality. New York: Science House, 1968

370. Sanavio, E. (1988): Obsessions & Compulsions: The Padua Inventory. Beh. Res&Therapy.V.26, p.169-177.

371. **Satkova, V., Strossova, A., (1985):** Clomipramine effective in night enuresis in children. Activ. Nerv.(suppl)27(4): 259.

372. **Satoh, K. (1983):** Treatment of nocturnal enuresis.(part1), with reference to the relation between therapeutic effect of clomipramine & various characteristics of enuretic children.Yakuri to Chiryo 11(1)p. 209-232.

373. **Saver, J.L. & Rabin, J. (1997):** The neural substrates of religious experience. In S. Salloway, P. Malloy, J.L. Cummings (Ed.,), The Neuropsychiatry of Limbic and Subcortical Disorders. (pp. 195-207). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

374. **Sawle,GV., Hymas, NF., Lees AJ. and Frackowiak RSJ. (1991):** Obsessional slowness. Functional Studies with Positron Emission Tomography. Brain; 114(Pt 5) Pages: 2191 - 2202 Part of the OUP Brain WWW service

375. **Saxena S, Wang D, Bystritsky A, Baxter LR Jr (1996):** Risperidone augmentation of SRI treatment for refractory obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 57 (7): 303-306.

376. **Scanlon TJ, Luben RN, Scanlon FX, Singleton N. (1993):** Is Friday the 13th bad for your health? BMJ;307:1584-1586.

377. **Scarone S, Colombo C, Livian S, Abbruzzese M, Ronchi P. Locatelli M, Scotti G, Smeraldi E (1992):** Increased right caudate nucleus size in OCD: detection with magnetic resonance imgaging. Psychiatry Res: Neuroimaging 45:115-121

378. **Schneider K. (1925):** Zwangszustande und schizophrenie. Arch. Psychiatr. Nervenker 1925 ;74: 93-107.

379. **Schwartz-Watts D, Morgan D. (1998):** Violent Versus Nonviolent Stalkers. J Am Acad Psychi Law;26: 241-245

380. **Sciuto, G. Diaferia, G. Battaglia, M. Perna, G. Gabriele, A.&Bellodi, L. (1991):** DSM III R Personality Disorders in Panic & OCD: A Comparison Study. Comprehensive Psychiatry. V.32, P 450-457.

381. Seedat S. and Stein DJ (2002): Hoarding in OCD & related disorders: a preliminary report of 15 cases. Psychiatry and Clinical Neurosciences. (5): 17-23.

382. Shafran, R.,Thordarson, D.S. & Rachman, S. (1996): Thought-action fusion in OCD. J. Anxiety Disor.,710,379-391.

383. Shaheen O. & Rakhawy Y. (1971): A.B.C of psychiatry. Cairo: Al-Nasr Modern Bookshop.page: 65-71

384. Shanmughai A, Mathew Varghese & Suamnt Khanna (2002): Expressed Emotions In Obsessive Compulsive Disorder.Indian Journal of Psychiatry, 2002, 44(1), 14-18.

385. Smith, N. W. (1992): The distant past and its relation to current psychology: A tour of psychophysical dualism and non-dualism. Mankind Quarterly, 32, 261-273.

386. Solyom L., DiNicola V.F., Sookman D.& Luchen D. (1985): is there an obsessional psychosis ? aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive compulsive neurosis. Canad.J.psychi., vol. 30 ;372-379.

387. Sperry L (1995): Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM-IV Personality Disorders. New York: Brunner/Mazel.

388. Stein, D. J., Hollander, E. and De Caria, C. M. (1994): Personality Disorder and OCD In: Hollander, E. etal. Ed, Current Insights In OCD. New York: John Wiley and sons, 1994, page 41-51.

389. Stein DJ, Coetzer R, Moonyean L, Davids B, Bouwer C. (1997): Magnetic resonance brain imaging in women with obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. Psychiatry Research: Neuroimaging 74:177-182.

390. Stein DJ, Hollander E, Chan S, DeCaria CM, Hilal S, Liebowitz MR, Klein DF (1993): Computerized tomography and soft signs in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research: Neuro-imaging 50:143-150.

391. Stekel, W. (1949): Compulsion and Doubt. University lib. Ed. 1962,New York: Grosset & Dunlop.

392. Steketee,G. , Frost, R.O., and Cohen,I. (1998): Beliefs in OCD. Journal of Anxiety Disorders, V.12,P: 525-537.

393. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S (1999): Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res 1999 Dec 27;89(3): 229-38.

394. Steketee, G. (1993): Social support and treatment outcome of Obsessive Compulsive Disorder at 9 month follow up. Behavioral Psychotherapy, 21, 81-95.

395. Steketee, G. (1997): Disability and Family burden in OCD. Canadian Journal of Psychiatry, 42, 919-928.

396. Steketee, G., Frost, R.O., Wincze, Greene, K., & Douglass, H. (2000): Group and Individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28, 259-268.

397. Steketee,G.,Frost, R.O.,& Kim, H-J. (2001): Hoarding by elderly people.Health & Social Work, 26, 176-184.

398. Stengel E. (1945): A study of some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types. Journal of mental science 41:166-187.

399. Stern R.S. & Cobbs J.P.(1978): Phenomenology of obsessive compulsive neurosis. Brit. J. of Psychi. 132: 233-239.

400. Stern, R.S., Lipsedge, M.A., & Marks, I. M. (1973): Thought Stopping of Neutral and Obsessional Thoughts:a controlled trial. Beh. Res. & Therapy.Vol. 11, p. 659-662.

401. Straus E. W. (1948): On Obsessions, a Clinical and Methodological Study. Nervous and Mental Disease Monograph, 73, New York. Nervous and Mental Disease, 1948.

402. Summerfeldt, L.J., Antony, M.M., & Swinson, R.P. (2000)b: Incompleteness: A link between perfectionistic traits and OCD. In P.J. Beiling (Chair), Perfectionism and Psychopathology: Linking Personality and Dysfunctional Behaviour. Symposium conducted at the the 34th annual meeting of the A ABT, New Orleans, USA, November, 2000. "Quoted from http://www.trentu.ca/ psychology/ lsummerfeldt/abstracts.html"

403. Summerfeldt, L.J., Richter, M.A., Antony, M.M.& Swinson, R.P. (2000)a: Beyond types: Examining the evidence for a dimensional model of OCD. In M.T. Pato (Chair), OCD subtypes. Symposium conducted at the 153rd Annual Meeting of the APA, Chicago May 2000. "Quoted from http://www. trentu.ca/ psychology/lsummerfeldt/abstracts.html"

404. Summerfeldt, L. J., Richter,M.A., Endler,N.S. et al (1999): Decision making & cognitive organization in OCD: The role of subtypes. Presented at the 33rd annual meeting of the Association for Advancement. of Behavior Therapy, Toronto, Ontario, Canada, Nov,1999."Quoted from http://www.trentu.ca/ psychology/lsummerfeldt/abstracts.html"

405. Swartz CM and Shen WW (1999): Is episodic OCD bipolar? A report of four cases. J Affect Disord ;56(1):61-6.

406. Swedo S, Rapoport J, Leonard H, Lenane M, Cheslow D (1989): OCD in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. Arch Gen Psychiatry. 46: 335-341

407. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, et al (1998): Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. Am Psychi. 155: 264-271.

408. Swedo SE, Leonard HL, Mittleman BB, et al (1997): Identification of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. Am Psychiatry 154:110-112.

409. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL et al (1989)b: increased incidence of Obsessive Compulsive Symptoms in patients with Sydenhams Chorea. American Journal of Psychiatry. Vol. 146. page: 246-249.

410. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL, Ayoub EMHosier DM, Wald ER (1989): High prevalence of OC symptoms in patients with Sydenham's chorea. Am J Psychiatry 1989;146:246-249

411. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL, et al (1989)a: Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. Arch Gen Psychiatry 46:335-341, 1989

412. Swerdlow, N.R. (2001): OCD & Tic Syndromes. Advances in the Pathophysiology and Treatment of Psychiatric Disorders: Implications for Internal Medicine. Medical Clinics of North America.Vol. 85 No. 3.

413. Takeuchi, T. Shibata, S. and Yamagami, T., (1997): Some New Findings on Primary Obsessional Slowness. Behavior Research & Therapy, May 1997, pp. 445-9).

414. Tallis, F. & De Silva, P. (1992): Worry & Obsessional Symptoms: A Correlational Analysis. Behavior res.& ther. V.30(2) P 103-105.

415. Tezcan, E. and Millet, B. (1997): Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder: Forms and Characterstics of Obsessions and Compulsions in East Turkey. Encephale, vol. 23 (5), page 342-350.

416. Theodore, M. & Roger, D. (1996a): "An Evolutionary Theory of Personality Disorders," Major Theories of Personality Disorder. Clarkin, John F. & Lenzenweger, Mark F., editors. New York: The Guilford Press.

417. Theodore, M. & Roger, D. (1996b): Disorders of Personality DSM-IV and Beyond. New York: John Wiley & Sons.

418. Theodore, M., Erik S., Birket-Smith, M., Roger D., editors (1998): Psychopathy, Antisocial, Criminal, and Violent Behavior. New York: The Guilford Press

419. Thomsen, P. and Mikkelsen, H.(1993): Development of Personality Disorders in Children and Adolescents with OCD. A 6 to 22 Year Follow up Study. Acta Psychi.Scand.: Vol. 87, Page 456-462.

420. Thomsen PH (1995): Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: predictors in children for long-term phenomenological course. Acta Psychiatr Scand 92: 255-259, 1995.

421. Tibbo, P. and Warneke, L.B. (1999): Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap. Journal of Psychiatry Neuroscience, 1999; Vol. 24(1): 15-24

422. Tjaden, P. & Thoenness, N. (1997): Stalking in America: Findings from the National Violence against Women Survey. Denver, CO: Center for Policy Research.

423. Tobacyk, J. J.; Shrader, D. (1991): Superstitions and self-efficacy. Psychological Reports, 68, 1387-1388.

424. Tobar, S. (1993): comparative study between Obsessive compulsive disorder and hysterical patients. Master Thesis, Mansoura University Egypt . 2-122.

425. Tolin DF; Abramowitz JS; Brigidi BD; Amir N; Street GP; Foa EB (2001): Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research & Therapy. 39(8): 913-27.

426. Toren P, Samuel E, Weizman R, Golomb A, Eldar S. and Laor N. (1995): Emergence of Transient Compulsive Symptoms During Treatment With Clothiapine. J Am Acad Child Adolesc Psychi.;34:1469-72.

427. Turgeon L; O'Connor KP; Marchand A; Freeston MH (2002): Recollections of parent-child relationships in patients with OCD and panic disorder with agoraphobia. Acta Psychiatr Scand - 105(4): 310-316.

428. Vallejo. J. (1987): Clinica de los Trastornos Obsesivos. In: Vallejo. J. Estados Obsesivos, Salvat. Ed. Barcelona.

429. **Valleni-Basile L.A., Garrison, C.Z., Jackson K.L., et al (1994):** Frequency of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. J Am Acad child Adolesc Psychiatry 33: 782-791.

430. **Van Balkom A JLM., De Haan, E., Van Oppen,P. et al (1998):** cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of OCD. J. of nervous & mental diseases. V. 186, page 492-499.

431. **Van Noppen, B., Steketee, G., McCorkle, B. H. and Pato, M. (1997):** Group Therapy and Multifamily Behavioral Treatment for OCD: A Pilot Study. Journal of anxiety disorders. Vol. 11(4): page 431-446.

432. **van Renygenghe de Coxvrie, G. (1968):** Use of Anafranil (G34586) in Obsessive Neuroses. Acta Neurologica Belgica,V.68.787-792.

433. **Vaughn, C. & Leff, J.P. (1976):** The influence of family life and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and neurotic patients. British Journal of Psychiatry. 129, 125-137.

434. **Veale, D. (2001):** Over-valued ideas: a conceptual analysis. Behaviour Research & Therapy (in press) Quoted from http://www.veale.co.uk/PUBS.HTM.

435. **Veale, D. (1993):** Classification and treatment of obsessional slowness. British Journal of Psychiatry, 162: 198-203.

436. **von Economo C (ed) (1931):** Encephalitis Lethargic,Its Sequelae & Treatment. New York. Oxford Univ. Press.

437. **Watling, K.J (1998):** The RBI Handbook of Receptor Classification and Signal Transduction... RBI. Third Edition,.

438. **Weiss A.A., Robinson H., Winnik A.,(1969):** Obsessive Psychosis, psychodiagnostic findings. Israel Annals of Psychiatry and related disciplines,Vol. 7: 175-178,1969.

439. Weiss A.A., Robinson H., Winnik A.,(1975): Obsessive Psychosis, a cross-validation study. Israel Annals of Psychiatry and related disciplines 13: 137-141,1975.

440. West, M. P & Endicott J.G. (1976): The New Method English Dictionary. 4th edition .Hazell Watson and Viney ltd. London, England .

441. Westphal, C. (1892): Uber Zwangsvorstellungen (1877) In: Carl Westphals Gesammelte Abhandlungen, A Westphal (Ed), pp. 3983-497. August Hirschwald, Berlin.

442. WHO (World Health Organization, (1978): ICD-9 Classification of mental and behavioral disorders. Glossary and guide to ninth revision. Geneva: WHO.

443. WHO (World Health Organization, (1992): ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.

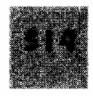
444. Winsberg ME; Cassic KS; Koran LM (1999): Hoarding in OCD: a report of 20 cases. – J Clin Psychi.; 60(9): 591-7.

445. Wise, S.P. & Rapoport, J.L. (1989): Obsessive Compulsive Disorder: A Basal Ganglia Disease? In: OCD in Children & Adolescents, J.L. Rapoport (Ed), pp, 327-346, Am. Psychi. Press Inc. Washington, D.C.

446. Wolpe, J. (1958): Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford, Stanford Univ. Press.

447. Woolley, J.B. and Heyman, I. (2003): Dexamphetamine for obsessive-compulsive disorder. Ame. J. Psychiatry vol. 160,page: 183.

448. Worthington, E.L., Kurusu, T.A., McCullough, M.E., & Sandage, S.J. (1996): Empirical research on religion & psychotherapeutic processes & outcomes: A 10-year review & research prospectus. Psychol. Bulletin, 119,3,448-487. Retrieved Nov.2000 WWW http://spider.apa.org/ftdocs/ bul/1996/bul1193448.html



449. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Walz J, Neziroglu F (2000): Parental OCD as a prognostic factor in a year long fluvoxamine treatment in childhood and adolescent OCD. Int Clin Psychopharmacol 2000 May; 15(3): 163-168.

450. Youssef, H. (1994): Arabic expression of emotion. British Journal of Psychiatry, 165(3) 407.

451. Zaharovits I. (1990): Obsessive Compulsive Symptoms In Schizophrenia, In New Research Program And Abstracts, 143rd annual meeting of the APA, New York, May 1990, NR139, p 99.

452. Ziemann U, Paulus W, Rothenberger A. (1997): Decreased motor inhibition in Tourette's disorder: evidence from transcranial magnetic stimulation. Am J Psychiatry 1997; 154: 1277-1284.

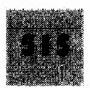
453. Zitterl W, Demal U, Aigner M, Lenz G, Urban C, Zapotoczky HG, Zitterl-Eglseer K (2000): Naturalistic course of OCD & comorbid depression. Longitudinal results of a prospective follow-up study of 74 actively treated patients. Psychopathology 33(2): 75-80.

454. Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL et al. (1992): An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 31:1057-1061.

455. Zohar, J. Sasson, Y. Gross, R. Iancu I. & Chopra, M. (1999): OCD and Schizophrenia - are they related? Abstracts of The World Congress of Psychiatry, W PA, Current Opinion In Psychiatry,V.12, supp 1, p. 118, S-49-52.

456. Zona M, Sharma K, Lane J. (1993): A comparative study of erotomanic and obsessional subjects in a forensic sample. J Forensic Sci 1993;38:894-903.

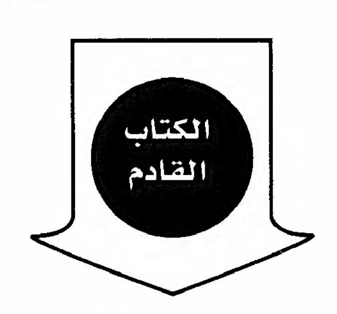




المؤلف في سطور

د. وائل أبوهندي

* من مواليد الفيوم - مصر، عام ١٩٦٤ م.
* تخرج في كلية الطب البشري جامعة الزقازيق عام ١٩٨٧، حيث عين معيدا بقسم الطب النفسي.
* حصل على درجة الماجستير في طب الأعصاب والطب النفسي عام ١٩٩٢.
* حصل على درجة الدكتوراه في الطب النفسي عام ١٩٩٦.
* يعمل حاليا أستاذا مساعدا للطب النفسي بكلية الطب - جامعة الزقازيق - مصر.
* نشر العديد من الأبحاث والمقالات العلمية في مجال تخصصه، وشارك في عدد كبير من المؤتمرات المتخصصة محليا وعربيا ودوليا.
* صدر له كتاب: «نحو طب نفسي إسلامي» عن دار نهضة مصر بالقاهرة عام ٢٠٠٢.
* صدر له كتاب: «الوسواس القهري بين الدين والطب النفسي» عن دار نهضة مصر بالقاهرة عام ٢٠٠٢.
* يسهم بجهد رائد في نشر المفاهيم السليمة للصحة النفسية، والإرشاد النفسي عبر شبكة الإنترنت، من خلال موقع إسلام أون لاين. نت، كما أنشأ موقعا خاصا به لخدمة الأغراض نفسها، وهو www.maganin.com، ويقول في صدر موقعه إنه يستخدم كلمة «مجانين» بمعناها العربي الأصيل، الذي يحمل من الإبداع والتجديد أكثر مما يحمل من المرض النفسي.



العصر الجينومي
واستراتيجيات المستقبل البشري

تأليف: د. موسى الخلف